

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN
BELİRTİLERİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA
İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ**

Eylem ÖZCAN

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR

İSTANBUL, 2017

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN
BELİRTİLERİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA
İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ

Eylem ÖZCAN

114001010

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR

İSTANBUL, 2017



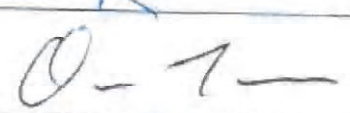
T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÜKSEK LİSANS
TEZONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Eylem Özcan Öğrenci No : 114001010
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Tez Savunma Tarihi : 27.12.2017
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar Tez Savunma Saati : 13:00

Tez Konusu : "Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirtileri Ve Risklerinin Tanınmasına İlişkin Bilgi Düzeyleri"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

| JÜRİ ÜYESİ | KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME) | İMZA |
|--|--|---|
| Prof Dr. Haydar Sur (Üsküdar Üniversitesi) | Kabul |  |
| Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan | Kabul |  |
| Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar | Kabul |  |

| YEDEK JÜRİ ÜYESİ | KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME) | İMZA |
|--|--|------|
| Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal | | |
| Yrd. Doç. Dr. Selma Söyük (İstanbul Üniv.) | | |

ÖZET

Bu çalışma; üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin (n=618) çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin tanılanmasına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde iki grup karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda Student t test, ikiden fazla grup değerlendirmelerinde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. Hemşirelerin %58.1'i öğrenimi sırasında %13.4'ü mezuniyet sonrası çocuk istismarı hakkında bilgi aldığını, hemşirelerin %25.6'sı iş yaşamı süresince çocuk istismarı olgusu veya şüphesi yaşadığını, %96.2'si çocuk istismarı olgusu veya şüphesi olduğunda bildirim yapacağını, %99.7'u çocuk istismarı şüphesi olan veya tanısı alan olguların bir merkezi olması gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt boyutunun ortalama puanları en yüksek (3.76 ± 0.38), istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutunun puanları ise en düşük (3.11 ± 0.45) olduğu tespit edilmiştir. İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri ve çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler ölçek alt boyut puanları; kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre, istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ölçek alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek puanlarının öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumuna göre karşılaştırıldığında; ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri dışındaki bütün ölçek alt boyutlarında bilgi alanların puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve riskleri konusunda bilgi birikimi ve bilinçlilik düzeyleri yetersiz olup gerek eğitimin bütün basamaklarında gerekse mezuniyet sonrası eğitimlerle konu ile ilgili donanımlarının artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, çocuk istismarı, çocuk istismarını tanılama, çocuk ihmali

ABSTRACT

KNOWLEDGE LEVEL OF NURSES WORKING FOR A UNIVERSITY HOSPITAL RELATED TO DIAGNOSIS OF SYMPTOMS AND RISKS OF CHILD ABUSE AND NEGLECT

This study aims to determine the knowledge level of nurses working (n=618) for a university hospital related to diagnosis of symptoms and risks of child abuse and neglect. In evaluation of collected data, student t test is used for independent groups in comparison of two groups and one way variance analysis is used for more than two groups. Ki kare test is used in evaluation of qualitative data. %58 of nurses stated to have obtained knowledge about child abuse during training and %13.4 after graduation, %25,6 of nurses stated to have experienced child abuse case or suspicion during working life, %96,2 of nurses stated to make notification in case of child abuse case or suspicion, %99,7 of nurses stated the need of a centre for child abuse or suspicion cases. It is determined that highest subscale average point (3.76 ± 0.38) is physical symptoms of abuse on child and the lowest subscale average point (3.11 ± 0.45) is the qualities of children prone to abuse and neglect. The subscale points of the physical symptoms of abuse, children's behavioral symptoms related to child abuse, the symptoms of neglect on child and the familial characteristics of child abuse and neglect are significantly higher in females compared to males. Significant difference is determined between the subscale points of characteristics of parents and characteristics of children prone to abuse and neglect according to working hours of nurses in the profession. When the scale points of diagnosis of symptoms and risks of child abuse and neglect is compared according to the obtained knowledge related to child abuse and neglect during training; it is determined that all subscale points, except the symptoms of neglect on child, is significantly high in the nurses who obtain knowledge during training.

Nurses knowledge and consciousness level related diagnosis of symptoms and risks of child abuse and neglect is inadequate and the knowledge about the topic have to be increased through training not only all the grades of education but also after graduate.

Key Words: Nurse, child abuse, diagnosis of child abuse, child neglect

ÖNSÖZ

Bu çalışmada, son yıllarda giderek artan ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen çocuk istismarı ve ihmaline dikkat çekilmiş ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin tanılanmasına ilişkin bilgi düzeyleri araştırılmıştır. Elde edilen sonuçların çocuk istismarı ve ihmali önlemeye yönelik tıbben, hukuken ve sosyal yönden tedbirlerin geliştirilmesi açısından yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi ve bu soruna müdahale edilmesi konusunda toplumun her kesimine özellikle ailelere, sağlık çalışanlarına ve öğretmenlere önemli görevler düşmektedir. Çalışmamızın geleceğimiz olan çocukların istismar ve ihmal sorunuyla karşı karşıya kalmamaları umuduyla toplumsal bilinç uyandırmasını ve bu konudaki çalışmalara katkı sağlamasını dilerim.

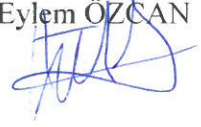
Çalışmamda desteğini hiçbir zaman esirgemeyen eşim ve aileme, Danışman Hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR'a teşekkür ederim.

Eylem ÖZCAN

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynaklar gösterdiğimi beyan ederim.

Eylem ÖZCAN



İÇİNDEKİLER

| | <u>SAYFA NO</u> |
|---|-----------------|
| ÖZET | ii |
| ABSTRACT..... | iii |
| ÖNSÖZ | iv |
| BEYAN | v |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| TABLolar LİSTESİ | viii |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanım ve Kapsamı | 3 |
| 2.2. Çocuk İstismarı ve İhmaline Sebep Olan Faktörler | 6 |
| 2.3. Çocuk İstismarının Tarihi | 7 |
| 2.4. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve İhmali | 8 |
| 2.5. Çocuk İstismarı Çeşitleri | 9 |
| 2.5.1. Fiziksel İstismar | 9 |
| 2.5.1.1. Shaken Baby Sendrome (Sarsılmış Bebek Sendromu)..... | 9 |
| 2.5.1.2. Munchausen By Proxy Sendrome (Polle Sendromu)..... | 10 |
| 2.5.2. Duygusal İstismar..... | 13 |
| 2.5.3. Cinsel İstismar | 16 |
| 2.5.4. Ekonomik İstismar | 21 |
| 2.5.5. Çocuk İhmali | 21 |
| 2.6. Çocuk İstismarı ve İhmalini Bildirme..... | 23 |
| 2.7. İstismar ve İhmalle İlgili Ülkemizdeki Yasal Düzenlemeler | 24 |
| 2.7.1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'ndaki Düzenlemeler..... | 24 |
| 2.7.2. Türk Ceza Kanunu'ndaki Düzenlemeler | 25 |
| 2.7.3. Türk Medeni Kanunu'ndaki Düzenlemeler | 25 |
| 2.7.4. 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu'ndaki Düzenlemeler..... | 27 |
| 2.7.5. 4857 sayılı İş Kanunu'ndaki Düzenlemeler | 28 |
| 2.8. Çocuk Hakları Sözleşmesi | 29 |
| 2.9. Çocuk İstismarı ve İhmalinden Korunma Yolları | 31 |
| 2.10. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hemşirelerin Rolü | 32 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 34 |

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| 4. BULGULAR | 38 |
| 5. TARTIŞMA | 50 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 56 |
| KAYNAKÇA | 58 |
| EKLER | 65 |
| ÖZGEÇMİŞ | 72 |



TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı | 38 |
| Tablo 2. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik soruların dağılımı..... | 39 |
| Tablo 3. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini belirleme ölçeğinin dağılımı | 41 |
| Tablo 4. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek puanlarının cinsiyete göre değerlendirilmesi | 42 |
| Tablo 5. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre değerlendirilmesi | 43 |
| Tablo 6. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek puanlarının medeni durumuna göre değerlendirilmesi..... | 44 |
| Tablo 7. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek puanlarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi | 45 |
| Tablo 8. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek puanlarının mezun olduğu okul durumuna göre değerlendirilmesi .. | 46 |
| Tablo 9. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek puanlarının meslekte çalışma süresi gruplarına göre değerlendirilmesi | 47 |
| Tablo 10. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek puanlarının öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumuna göre değerlendirilmesi | 49 |

1. GİRİŞ

Sosyal ve medikal açıdan bakıldığında, çocuk istismarı; çocuklarda önemli morbidite ve mortaliteyle sonuçlanan, dünya çapında pek çok çocuk ve ailesini etkileyen son derece önemli toplumsal bir problemdir (1,2).

Çocuk istismarı problemi neredeyse insanlık tarihi kadar eski, ancak bunun legal, sosyal ve tıbbi bir problem olarak algılanıp üzerine odaklanması 100 yıllık bir geçmişe sahiptir. Ülkemizde ise bu süre çok daha kısadır (3).

Çocuk istismarı özelde ülkemizde ve genelde dünyada azımsanmayacak boyutlarda olup çocuk üzerinde hali hazırdaki etkileri yanı sıra orta ve uzun vadede de olumsuz yansımalar oluşturabilmektedir (2).

Çocuklardaki ihmal ve istismara dair anlayış ve yaklaşımlar ile hukuki anlam açısından değişik toplumlar arasındaki kültürel ve etik farklılıklar nedeniyle yaygınlık oranları farklılıklar göstermektedir (4). Fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmale her yıl 1.6 milyon çocuğun uğradığı; 1000'den fazla çocuğunda bu nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir (5). Okul öncesi çocuklarda en yaygın ölüm nedenleri açısından bakıldığında, İngiltere'de dördüncü sırada çocuk istismarının yer aldığı görülmektedir (4).

Çocuk istismarı ve ihmali bütün dünya kültürleri ve ülkelerinde ortak bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (5).

Çocuk istismarı akraba, bakıcı, ebeveyn, yakın aile çevresinden insanlar tarafından gerçekleştirilebilmekte olup, hemen her yaştan, her ırktan ve her sosyokültürel ve ekonomik düzeyden çocuğu etkilemektedir (2). Kendall-Tackett (6) davranışsal, sosyal, bilişsel ve duygusal olmak üzere istismarın sağlığı etkileyebildiği dört alanın olduğunu belirtmektedir. Fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal ve bunların bir ya da bir kaçının birlikte etkilendiği alanlar da görülebilmektedir. Bir çocuğun istismara uğradığının anlaşılabilmesi için istismara ait fiziksel, duygusal ve davranışsal işaretlerin çok iyi bilinmesi gerekir (2). Çocuğun belli durumlarda, her zaman olduğundan farklı tepkiler (öfke, çekilme-sakınma, kaçma davranışı, agresivite vb), göstermesi istismarın varlığı açısından önemli ipucudur (7).

Çocukların dolayısıyla ailelerinin de hayatları üzerinde telafisi zor olumsuz etkiler oluşturabilmekte olup bu etkiler bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal alanlarda kendisini gösterir (2).

İhmalin çocuk üzerindeki etkilerinin incelendiği bir çalışmada, bilişsel, sosyal, duygusal, davranışsal işlevlerde, eğitim alanında, sosyal ilişkilerde ve kendini ifade etme ve kendine bakım becerilerinde sorunlarla karşılaşıldığı ortaya konmuştur (8).

Çocuklarda fiziksel istismara maruz kalma sonucunda saldırgan davranma ya da içine kapanma, okula devamda zorluk ve okul başarısında düşüklük görülebilmektedir (9).

Bu çalışmanın genel amacı; Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin tanınmasına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanım ve Kapsamı

Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını; “Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz etkileyen, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek tüm davranışlar çocuğa kötü muameledir” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanım çocuk ve/veya yetişkinler tarafından istismar, ihmal ya da şiddet olarak algılanmayan ya da tanımlanmayan durumları da içerir (2).

Dünya Sağlık Örgütünün 1998 yılında yapmış olduğu açıklamaya göre 900.000’den fazla çocuğun kötü muameleye maruz kaldığı, yarısının ihmal kurbanı olduğu, çeyreğinin de fiziksel istismara maruz kaldığı belirtilmektedir (10).

Çocuk istismarı çocukluk çağı travmaları arasında tekrarlanabilirliği ve tedavi edilmesi en zor travma şekli olarak belirtilmektedir (11).

İstismar ve ihmale maruz kalan çocukta meydana gelen fiziki ve davranışsal bozukluklar, çocuğun hayatını olumsuz biçimde etkilemekle birlikte sağlığı tehdit eden en mühim problemler arasında yer almaktadır (12).

Çocuğa bakım verenlerin; çocuğun bedenen, psiko-sosyal yönden ve gelişimsel yönden iyilik halini olumsuz biçimde etki altına alan tutum ve davranışları çocuk istismarıdır. Çocuk istismarı değişik derecelerde kötü muameleyi kapsamakta olup bu; çok hafif ruhsal ya da fiziksel incinmeden, ölüme kadar varabilen çok geniş bir spektrumu kapsar (13).

Çocuk istismarları gerek yaygınlık durumu açısından gerekse müdahaleler açısından belirsizlik ve yetersizlikleri içermektedir. Çocuk istismarının en yaygın görülen şekli ihmal olup bunun kesin bir şekilde ortaya konulmasında teknik zorluklar olması nedeniyle gerçek yaygınlığının belirlenmesi mümkün olamamaktadır (14).

Anne ve babanın eğitim düzeyleri çocuklara uyguladıkları disiplin yöntemlerine en çok etki eden faktör olarak göze çarpmaktadır. Ebeveynlerin eğitim düzeyindeki artış olumlu disiplin uygulamalarına yarar sağlamaktadır (15).

Ortalama, normal gelişimli çocuk olmaktan farklı durumlar (prematürel, istenmeyen çocuk olma, irritabilite veya hiperaktivite, fiziksel veya gelişimsel olarak geri çocuklar vb.) istismarın daha fazla görülmesine zemin hazırlamaktadır (16,17).

Çocukluk dönemi yaşantılarının daha ileri yaşlarda görülen suça yönelik davranışları etkilemesi durumu günümüzde büyük ölçüde kabul edilmektedir (18). Fiziksel ve cinsel istismar çocukluk döneminde meydana gelen intihar girişimlerinin nedenleri arasında önemli derecede yer tutmaktadır (19). 1999 yılında Kandakai ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmaya göre ev ve sosyal yaşamda karşılaşılan şiddet, aile içi fiziksel istismara uğrama durumu, uyuşturucu madde kullanma durumu, yetenekleri kullanamama durumu, şiddet kurbanı olma durumu ve ailenin ilgisizliği durumu çocuk suçluluğunda etkili olan psikolojik ve psikososyal risk faktörleri arasında yer almaktadır (18).

Amerika'da her sene 3 milyondan çok çocuğun istismar edildiği veya kötü muameleye maruz kaldığı, bunların belirli bir oranının da ölümlerle sonuçlandığı bildirilmektedir. Güney Carolina'da yapılan bir çalışmada; ölümlerin %8'inin ihmal sonucunda gerçekleştiği bildirilmektedir (14).

Çocuk istismarının boyutları 4 başlık altında sıralanabilir. Bunlar;

1-Kasıtlılık: Çocuğa yöneltilen eylemlerin çocuğa acı vermeyi, incitmeyi ya da zarar vermeyi amaçlaması durumudur. Bu eylemin temel ölçütünde kasıt vardır. Örneğin hırsızlık yapan çocuğun annesi tarafından parmaklarının yakılması suretiyle cezalandırılması durumunda kasıt olduğundan bu durum çocuk istismarı şeklinde nitelendirilmektedir.

2-Toplumsal onaylama - toplumsal eleştiri: Çocuğun istismarına yönelik fiiller toplum, yöresel standartlar ve kültürel normlar açısından farklılık gösterebilmektedir. Bu duruma örnek olarak çocuğun cezalandırmak maksadıyla yaralanması gelişmiş ülkelerde göre büyük tepkilere yol açarken, bazı ilkel kabile toplulukları tarafından ise çocuğun ergenliğe geçişindeki yüzünde ya da gövdesindeki yara izlerinin oluşturulması çok önem taşıyabilir ve yara izlerinin oluşturulmasını ihmal eden anne ve babalar istismarcı ya da ihmalkâr olarak nitelendirilebilir.

3-Uluslararası uzlaşma: Çocuk istismarının uluslararası tanımlanmasında uluslararası uzlaşma en önemli ölçüt olarak değerlendirilmektedir.

4-Toplumsal ve bireysel neden: Çocuk istismarı toplumsal ve bireysel nedenleri içermekle birlikte genellikle bireylerin neden olduğu eylemler toplumların ya da kurumların neden olduğu eylemlere göre daha çok istismar olarak kabul edilmektedir (20).

İstismar durumuyla karşılaşanların adli yollar haricinde psikolog ve psikiyatriklere başvurmaları birçok etik problemi de karşımıza çıkarmaktadır. En çok tartışmaya neden olan etik sorunlardan biri de hastanın gizliliğine karşılık bildirim yükümlülüğüdür. Bu gibi özel konularda kişi ve toplum yararı düşünülmesi gerektiğinden bildirim zorunluluğu bulunmaktadır (21).

İstismara maruz kalma sonucunda bebekler ve küçük çocuklarda daha ağır ve ölümcül sonuçlarla karşılaştığı belirtilmektedir (22).

Sokaklarda çoğunlukla marjinal işlerde çalıştırılan çocukların, kısa sürede ailelerinden uzaklaşarak sokakta yaşamaya geçtikleri görülmektedir. Yoksulluk, göç, çarpık kentleşmeyle birlikte oluşan sağlıklı olmayan yerleşim yerleri, dağılmış aileler, aile içindeki şiddet, değişen eşler ve bu eşlerden olan çocuklar, eğitimsizlik, her çeşit istismar ve ihmal türü çocukları ailelerinden uzaklaştırarak onları sokaklara sürüklemektedir (24).

İstismar ve İhmal Sık Maruz Kalan Çocukların Özellikleri

Genellikle gelişim bozukluğu olan ve sakat çocuklar, ikiz-üçüz çocuklar, evlilik dışı dünyaya gelen çocuklar, hızlı sosyokültürel değişim içinde büyüyen çocuklar, göçebe ve şehirleşen aile çocukları, fakir olan aile çocukları, standart dışı barınma şartlarına sahip olan aile çocukları, Çin-Hindistan-Tayvan gibi ülke toplumlarındaki kız çocukları ve zor doğan çocuklar ihmal ve istismara daha çok maruz kalmaktadır (25).

2.2. Çocuk İstismarı ve İhmaline Sebep Olan Faktörler

Anneye, Babaya ve Aileye İlişkin Faktörler

Çocuklarda ve ailelerde çeşitli risk faktörlerinin bulunması sonucunda istismar ve ihmal olayları daha fazla görülmektedir (26). Bu faktörler arasında;

- Babanın ve özellikle annenin küçük yaşta olması,
- Anne ve babanın yaşanmış istismar öyküsü ve reddedilme durumuyla karşılaşmış olması,
- Anne ve babanın herhangi birinde ya da ikisinde özgün kişilik bozuklukları olması,
- Çocuklardan yüksek beklenti içerisinde olmaları,
- Düşük sosyoekonomik düzey,
- Evlilikle ilgili ya da işle ilgili ciddi problemleri bulunan aile bireylerinin olması,
- Anne ya da babanın olmaması (26),
- Genç anne, baba olma,
- Parçalanmış aile yapısı,
- Ailede ruhsal ya da fiziksel hastalık mevcudiyeti,
- Aile içinde gruplaşma, kutuplaşma olması
- Alkol veya madde kullanımının olması,
- Çocuk sayısının fazla olması,
- Aile içi kaotik ortamın bulunması,
- Aile boyu travmaya maruz kalma sayılabilir (27).

Çocuğa İlişkin Faktörler

- Fiziksel ya da mental hastalığı olan çocuklar,
- Yenidoğan döneminde uzun süreli hastanede tedavi amaçlı yatırılan bebekler,
- Anneye bağımlı, heperaktif ya da üvey çocuk olma durumları sayılabilir (26).
- Çocuğun beklenmeyen ve istenmeyen bir zamanda doğmuş olması,

- Gayrimeşru olması
- Prematüre, özel bakım isteyen bir yapıda olması,
- Cinsiyet durumunun umulandan farklı olması,
- Zeka geriliği ve gelişim bozukluğu bulunması sayılabilir (28).

Çevre ve Topluma İlişkin Faktörler

- Toplumda görülen sosyal eşitsizlik durumları,
- Savaşlar, silahlanma ve medyada sunulan şiddet,
- Çocukları koruyan yasaların yetersizliği (1),
- Ekonomik zorluklar (27)
- Yetersiz konutlarda yaşama,
- Yetersiz sağlık koşullarında yaşama,
- Sürekli fakirlik içinde yaşama sayılabilir (Ancak bu tür ortamlarda yaşayan ebeveynlerin hepsi istismarcı olarak nitelendirilmemelidir) (29).

2.3. Çocuk İstismarının Tarihi

Yazılı tarihte çok eski dönemlerden beri çocuklar aileleri ya da bakıcıları tarafından travmaya maruz kalmaktadır. Doğumsal kusuru bulunan bebeklerin öldürülmesi antik çağda savunulan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Orta çağda ise eğitim sisteminde öğretmenler tarafından dayak olayı hakimiyetini sağlamıştır. Endüstriyel devrim döneminde ise çocuklara yönelik kötü muameleler devam ederek küçük yaştaki çocuklar fabrikalarda olumsuz çalışma koşullarında çalıştırılmışlardır (30).

Çocuk istismarı çok eski çağlardan beri mevcuttur. Çocuk istismarı ile ilgili tarihsel sürece bakıldığında, 1883'te İngiltere'de "Çocuklara Kabahğin Önlenmesi Derneği" kurulduğu, John Caffey'in 1946'da uzun kemik kırıkları, subduralhematom ve intraoküler kanama ile başvuran altı bebeği tarif ettiği klasik yazısı, Kempe ve arkadaşlarının 1962'de problemi "Dövülmüş Çocuk Sendromu" olarak tarif ettikleri yayınları ve Caffey'in 1974'te "Sallanmış Çocuk Sendromu" terimini literatüre kazandırdığı görülmektedir (16,17).

2.4. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve İhmali

Kendilerinin ya da ailelerinin geçimini sağlamak maksadıyla ülkemizde küçük yaşta çalışmaya başlayan gençlerde ve çocuklarda türlü istismar ve ihmal şekilleriyle karşılaşmaktadır. Engelli çocukların ise genellikle gelişmelerinin devam edebilmesi için yeterli olanaklar sağlanmamaktadır (73).

Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmali olaylarına çok rastlanmasına rağmen sağlık sektörü çalışanlarının konu hakkında yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaması gibi sebepler çocuk istismarı ve ihmali sorununun tanımlanmasını daha da zorlaştırmaktadır (12).

“Ülkemizde son yıllarda çocuk istismarı konusuna ilgi ve duyarlılık artmıştır. Birçok hastane içinde “Çocuk Koruma Birimleri” kurulmuştur. Bu birimlerin içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından doktorlar (çocuk sağlığı, çocuk psikiyatrisi, çocuk cerrahisi, adli tıp, beyin cerrahisi, ortopedi, göz) dışında mutlaka sosyal hizmet uzmanı da bulunmak zorundadır (32).”

Çocuğa yönelik istismar ve ihmal olguları hakkında kesin olarak bir yaygınlık oranı verilememektedir. Bulut (33)'un Türkiye genelinde yapmış olduğu çalışmaya göre çocukların % 45'inin istismar ve ihmale uğradığı, Aksel ve Yılmaz Irmak (34)'in pek çok çalışmayı gözden geçirerek yaptıkları çalışmada, fiziksel istismar yaygınlık oranı % 15 ile % 75 arasında iken cinsel istismar yaygınlık oranının yaklaşık % 20 civarında olduğu, eşlerinin şiddeti sebebiyle kadın sığınma evlerinde kalan kadınların % 87'sinin çocuklarına karşı şiddet uyguladığı (35), cinsel istismarla ilgili olarak üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, öğrencilerin cinsel istismara maruz kalma oranının % 21 olduğu bildirilmiştir (36). Yapılan bir çalışmaya göre çocukların maruz kaldığı istismar türleri arasında % 65.72 oranında görülme sıklığıyla en çok karşılaşılan istismar türünün fiziksel istismar olduğu bildirilmiştir (37).

Türkiye’de çoğu ailenin aile içerisinde disiplin yöntemi olarak çocuklara yöneltilen fiziksel ya da duygusal istismarın gerekli olduğunu düşündükleri ve bu durumu normal bir durum olarak karşıladıkları belirtilmektedir (38).

2.5. Çocuk İstismarı Çeşitleri

Çocuk istismarı fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olarak kategorize edilmektedir (13). İstismar türlerinin yalnız biriyle karşılaşıldığı gibi genellikle birden fazla tür birlikte görülebilmektedir (39).

2.5.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar çocuk istismar türleri arasında en sık karşılaşılan ve yaygın bir biçimde fark edilen türdür ve “Çocuğun kaza dışı yaralanması” şeklinde tanımlanmaktadır (2,27,40).

Çocukta kaza sonucunda oluşmayan, çocuğun fiziksel zarara uğramasıyla sonuçlanan, çocuğa zarar verme maksadının söz konusu olduğu, çocuğun yaşamını tehlikeye sokabilen ve uzun dönemli olumsuz etkileri ortaya çıkabilen yaralanmalar fiziksel istismar olarak adlandırılmaktadır (2).

Yaralanma durumuyla gelen bütün çocuklarda fiziksel istismara maruz kalma ihtimali düşünülmelidir (41). Böyle bir şüphe duyulması halinde titizlikle öykü alınarak fiziksel muayene yapılmalıdır ve rutin radyolojik tahliller ile kan sayımı da incelemeye dahil edilmelidir (41,42).

Çocukların maruz kaldığı fiziksel istismar ve dayak olayını en çok annelerinin gerçekleştirdiği belirtilmektedir (15).

Fiziksel istismar riskinin çocuğun yaşı ile doğru orantılı bir şekilde arttığı, fiziksel istismarın genellikle 2 yaş altı çocuklarda ciddi ve ölümcül yaralanmalarla görüldüğü, büyük çocuklarda ise orta şiddetteki yaralanmalarla görüldüğü bildirilmektedir (43). Ülkemizde ise fiziksel istismarın en çok 4-6 yaş arasında görüldüğü ve erkek çocukların daha fazla istismara maruz kaldığı bildirilmektedir (44).

2.5.1.1. Shaken Baby Sendrome (Sarsılmış Bebek Sendromu-SBS)

İlk olarak 1984 yılında kullanılan Sarsılmış Bebek Sendromu (SBS) çeşitli yayınlarda “sallanmış bebek sendromu” ve “hırpalanmış bebek sendromu” terimleriyle de ifade edilmektedir. Bu terimler sadece bir olayı tanımladığından bu terimlerin yerine

“İstismara Bağlı Kafa Travması” (İBKT) teriminin kullanılması tavsiye edilmektedir (45).

Kafa travması 1-4 yaş arası çocukluk çağı ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır (46).

“SBS sıklıkla iki yaş altındaki çocuklarda görülen çocuğun fiziksel istismarının ciddi bir formudur. İlk kez pediatrik radyolog Jhon Caffey tarafından tanımlanmıştır. Bir yetişkin tarafından bebeğin kollarından ya da gövdesinden tutulup sarsılmasıyla, zayıf olan boyun kaslarının sarsma sırasında başın aşırı hareketlerine izin vermesi sonucu, korteksten dural venöz sinüse uzanan kortikal köprü venlerinde yırtılmalara bağlı beyinde kanama, retinal kanama ve/veya kırıklarla (özellikle posterior kot kırıkları) seyreden bir sendromdur (46).”

Çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin genellikle çocuğun ağlamasını susturmak için çocuğun aşırı sallaması ya da sarsması sonucunda oluşan durum istismara bağlı kafa travması olarak adlandırılmaktadır (45).

Çocukluk döneminde görülen semptomlardan birçoğu SBS vakalarının semptomları ile uyumlu olduğundan ilk başvuru esnasında SBS tanısı koymakta oldukça zorlanılmaktadır. Daha önceden tamamen sağlıklı bir çocuk sıklıkla kusma, letarji konvulzyon, emmeme, solunum sıkıntısı, açıklanamayan koma, uykuya meyil tablosu ile hastaneye getirildiğinde iyi bir fizik muayene, anemnezle birlikte radyolojinin yeri oldukça önemlidir. Ebeveyn veya bakıcısı tarafından verilen hikayede kafa travması ya hiç yoktur ya da minör bir kafa travması olgusu vardır. Ayırıcı tanıda enfeksiyonlar, metabolik hastalıklar (glutarik asidürü tip 1), kanama bozuklukları, nadiren CO zehirlenmeleri düşünülmesi gerektiği belirtilmektedir (46). İstismara Bağlı Kafa Travması iki yaş altı çocuklarda görülen istismara bağlı en sık ölüm nedenidir. New York'ta hastane ortamında verilen anne eğitimi sayesinde İBKT'nin % 47 oranında önlenmiş olduğu belirtilmektedir (45).

2.5.1.2. Munchausen By Proxy Sendrome (Polle Sendromu)

Ebeveynlerin tahriki, yanlış bildirim ya da hastalık semptomlarını kendi çocuklarında görmelerini kapsamakta olan ve çeşitlilik gösteren durum olarak adlandırılan Munchausen sendromu, kasti boğulmalar ve zehirlenmelerin de yer aldığı fetal istismarlardan çocuğun anneden ayrılarak okula başlaması durumunda okuldan kaçması ve kendine zarar vermesi gibi birçok durumu içermektedir (47).

Hastalık belirtileri ebeveyn tarafından oluşturulan çocuk tacizinin önemli bir formudur (48). Genellikle birçok olgunun suçlusu çocuğun annesidir. Çocuk hastanede iken sıklıkla anne bilinçli yardım ya da dikkat çekme çabaları içerisinde olduğundan doktorlar tarafından örnek ebeveyn olarak gösterilmektedir. Annenin çocuğa zarar verdiği dönemler bazı zamanlar da kızgın olduğu dönemlerdir (47). Munchausen Sendromunun tanısı genellikle hastaneye yatışın ileriki dönemlerinde konulmaktadır ve bu sendromun erken teşhisi yüksek sağlık hizmet bedelleri ile etik ve yasal problemlerle karşılaşmamak yönünden ciddi derecede önem taşımaktadır (49).

Yapay olarak oluşturulan hastalıkların %10'undan azını oluşturmaktadır. Çoğunlukla ilk 8 yaşta ve en fazla 4 yaş altında görülmektedir. 1 yaş altındaki yıllık insidansı 2,8/100.000 olarak belirtilmektedir (48). Yapay bozukluğu olanlar maddi kazanç gibi somut bir fayda amacı gütmeyen davranmaktadırlar (49).

Munchausen Sendromu çoğu araştırmaya göre çocuklarla ilgili olmayıp ebeveynlerde özellikle annelerde ortaya çıkan bir sendromdur ve tedavi edilmesi gereken önemli bir olgudur (47).

Fiziksel İstismarla İlgili Göstergeler

Fiziksel Göstergeler

Sebebi ortaya konamayan yara bere ve darbe izleri, yanıklar, kırıklar/çıkıklar, kafa derisinde saç kaybı (2).

Davranışsal Göstergeler

Fiziksel istismarın psikolojik ve davranışsal sonuçları aşağıdaki gibidir (2,30).

- Cezalandırmayı hak ettiği yönünde yaklaşım,
- Yetişkinler ile iletişim kurmaktan kaçınma,
- Ailesi ya da başkaları ile fiziksel temastan korkma,
- Eve gitmek istememe,
- Kendine ya da çevresindekilere zarar verme eğilimi,

- İe kapanık ya da saldırgan davranışlar,
- Ağrı şikâyetleri ya da rahatsız hareketler,
- Vücudu saklama maksatlı giysiler,
- Başka çocukların ağlamasına hassasiyet,
- Evde az vakit geçirmeye yönelik okula erken gitme ve eve gibi davranışlar,
- Suç işlemeye yönelik davranışlar ve evden kaçma,
- Sosyal fonksiyonlarda problemler,
- Çevresindekilerle yakın ilişki kurmada zorluk,
- İlişkilerinde çatışma, duygusal yüzeysellik ve yoğun öfke yaşama,
- Karşı gelme davranışı,
- Hareketlerde beceriksiz ya da kırgınlık, dargın duruş, kazalara eğilim gibi davranışsal özelliklerdir.

Bu göstergeler tek başına çocuğun istismara maruz kaldığı hükmünü kesin doğrumsa da dikkat çekmesi açısından anlamlıdır (30).

Yetişkinlerle iletişim kurma konusunda aşırı ürkek tutumlar, ailesi ile birlikte iken çekingen davranışlar ve korku belirtileri dövmüş çocuk sendromunun göstergelerindendir (50).

Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yakın ilişki kurmakta zorlanma, daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve istismara yönelik davranışlar içeren ilişkiler kurma gibi sosyal işlevsellik alanında birçok eksiklik görülebilmektedir (51).

Bilişsel/Akademik Göstergeler (2,30).

- Gelişimsel bozukluklar,
- Düşük okul başarısı,

- Konsantrasyon güçlüğü ve öğrenmede zorluklar,
- Dil gelişiminde gecikme.

Kısa ve Uzun Dönemli Psikolojik Sonuçları (2)

- Depresyon ve anksiyete,
- Kendini insanlardan soyutlama,
- Korku,
- Kendine ve çevresine güven duygusunda kayıp,
- Benlik yitimi,
- İletişim kurma ve sürdürmede güçlük,
- Yeme bozuklukları,
- Travma sonrası stres bozukluğu,
- İntihar girişimleri gibi psiko-sosyal problemler.

Kısa ve Uzun Dönem Davranışsal Sonuçlar (2).

- Kendini suçlama eğilimi,
- Genç yaşta ve istenmeyen gebelik,
- Madde kullanımına yatkınlık,
- Akademik başarıda düşüklük,
- Suç davranışları daha belirgin olmak üzere suç işlemeye eğilim.

2.5.2. Duygusal İstismar

“Duygusal istismar; APSAC'a (American Professional Society on the Abuse of Children) göre, çocuğun bakımından birincil derecede sorumlu olan kişi ya da kişilerin çocuğa kendisinin değersiz, sevilmeyen, istenmeyen, hatalı, tehlikede olan ya da sadece başkalarının

gereksinimini karşılama işe yarayan bir varlık olduğu izlenimi yaratacak sürekli davranışlarda bulunmaları ya da uç olaylar yaşatmaları olarak tanımlanmaktadır (52).”

Duygusal istismar, çocukta özsaygının ve kişilerarası ilişki becerisinin engellenmesi ya da cezalandırılması, doğal etkinlik sınırları içinde çocuğun gelişiminin zedelenmesi ve psikolojik benliğinin yara alması gibi geniş ve belirsiz durumlarla açıklanmaya çalışılmıştır (31).

Anne, baba ve çocuğun üzerinde etkisi olan diğer bireylerin çocuk üzerinde beklenti düzeyleri ve çocuğun yeteneği hakkında aşırı yüklemeye yapmaları çocuk açısından birer duygusal istismardır (53). Çocukların fiziksel ve zihinsel gelişmelerini olumsuz yönde etkileyebilen duygusal istismar, tek başına olabileceği gibi cinsel ve fiziksel istismarın hasarlarının ortadan kalkması durumunda bile devam edebilmektedir (54).

Duygusal istismar, fiziksel ve cinsel istismara oranla çok yaygın ve zararlı olmakla birlikte ortaya çıkarılması zor bir durumdur. Bu istismar türünde çocuğun normal kişilik gelişiminin oluşmama durumu, başarı yeteneğinde azalma, kişilerarası ilişkilerde sıkıntılar ve ruhsal yönden yıkım meydana gelebilmektedir (55).

Bir başka tanımlamaya göre duygusal istismar, çocuğun kişilik gelişimi ve duygusal bütünlüğüne zarar veren her türlü davranış ve eylemdir. Çocuğa duygusal olarak yokmuş gibi davranılması, bir taraftan çocuğun ihtiyacı olan sevginin, ilginin ve yakınlığın gösterilmemesinin ötesinde, çocuğun gelişimini olumsuz etkileyebilecek her çeşit suçlama, aşağılama, reddetme gibi olumsuz söz ve davranışlara maruz bırakılmasıdır (2).

Fark edilmesi kolay olmayan duygusal istismarın görülme oranı kesin olarak bilinmemektedir (56).

Duygusal İstismarla İlgili Göstergeler

Fiziksel Göstergeler (2).

- Konuşmada ve diğer iletişim alanlarında bozukluk,

- Fiziksel gelişim geriliği,
- Çocukta mevcut olan astım ya da alerji gibi psikolojik etkilenim boyutu olan hastalıklarda artış,
- Madde kullanım bozuklukları.

Davranışsal Göstergeler (2)

- Davranış bozuklukları (Tik, saç yolma, parmak emme, sallanma, tırnak yeme vb.),
- Suç işlemenin de içinde olduğu antisosyal, yıkıcı davranış ve tutumlar,
- Uyku ve iştahta bozulma, oyundan kaçma, iletişim kurmama gibi nevrotik davranışlar,
- Pasif kalma ya da saldırganlık gibi aşırıya kaçan davranışlar,
- Davranışsal gelişim gerilikleri,
- Yaşına uygun olmayan davranışlar,
- Kendine zarar verici davranışı, intihar fikir ve eğilimleri.

Duygusal Göstergeler (2,54).

- Sosyal ilişkilerin etkilenmesi,
- Yaşının gerektirdiği duygusal tepkileri gösterememe,
- Ailesi ile arasına mesafe girmesi,
- Gerginlik,
- Özerklik gelişiminde yetersizlik,
- Benlik yitimi,
- Saldırgan ve uyumsuz davranışlar sergileme.

Bilişsel/Akademik Göstergeler (2,54).

- Akademik performansında düşüklük,
- Dikkat dağınıklığının da etkisi ile öğrenme güçlüğü.

2.5.3. Cinsel İstismar

Bir yetişkin tarafından psiko-sosyal yönden gelişimini tamamlamamış bir çocuğun cinsel uyarılma için obje olarak kullanılması cinsel istismar olarak adlandırılmaktadır (13). Başka bir ifadeyle çocuğun kendisinden en az altı yaş büyük bir birey tarafından cinsel doyum maksadıyla zorla veya ikna edilmek suretiyle kullanılması ya da bu amaçla başka bir bireyin çocuğu kullanmasına müsaade edilmesi cinsel istismar olarak nitelendirilmektedir (27).

Çocuğun gelişimsel olarak hazır olmadığı, anlamadığı ve/ya kabul etmediği, kendisinden büyük ya da bir yetişkin tarafından cinsel tatmin için kullanılması durumu cinsel istismar olarak kabul edilmektedir. Bu her türlü cinsel içerikli konuşma, şakalaşma, teşhircilik ve röntgencilik gibi temas içermeyen veya cinsel dokunma, vücudun özel bölgelerine dokunma, oral seks, oral-vajinal, oral-penil, oral-anal ilişki, interfemoral ilişki, cinsel penetrasyon (vaginal, anal, genital penetrasyon, parmak ya da yabancı cisim penetrasyonu), cinsel sömürü; çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu gibi temas içeren eylemler şeklinde de kategorize edilmektedir (2,57).

Cinsel istismar her yaş ve kesimden çocuğun maruz kalabileceği bir istismar türüdür. Yaklaşık olarak görülme sıklığı 2-5 yaş aralığında % 30, 6-10 yaş aralığında % 40 ve 11-17 yaş aralığında % 30 iken, (58) en sık 6-10 yaş arasında görüldüğü (2) ve genellikle ilk kez 8-12 yaşlar arasında yaşandığı belirtilmektedir (58). Cinsel istismara uğrama oranı kız çocuklarda daha yüksektir (59). Erkek çocukların istismara uğrama yaşı kızlara göre daha düşüktür. İstismara uğradığını bildiren çocukların 1/3'ünün erkek olduğu, ancak erkek çocukların homoseksüellik ve güçsüzlüklerine yönelik imalar ve stigmatizasyondan kaçınma sebebiyle istismarı daha az bildiriyor olabileceği düşünülmektedir. Yargı sürecinde olan çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar, istismarcıların daha çok çocuğun tanıdık çevresinden kişiler arasından olduğu bildirilmektedir (60).

Cinsel istismar, çocuk istismarı tipleri içerisinde saptanması zorluk ve ihbar oranlarında düşüklük nedeniyle yaygınlığı konusunda farklı oranlar bildirilmektedir. Kadınlarda % 12-17, erkeklerde % 5-8 olduğu tahmin edilmektedir (61). Cinsel istismar, her sosyokültürel ve ekonomik kesimde görülebilmektedir (62). Cinsel istismar öyküsü olan çocukların daha fazla cinsel saldırıda bulunduğu belirtilmektedir (63). Cinsel istismarın sık görüldüğü ailelerde; boşanma, şiddet, alkol ve madde kullanımı, cinsel sorunlar, sosyal izolasyon, baskın ve koşulsuz itaat isteyen ana baba modeli, rol çatışması, hatalı ana baba tutumları, aile içi kaos vb. psikopatolojik durumlar görülebilmektedir (64). Başka bir gerekçe ile jinekolojik muayeneye getirilen çocuklarda cinsel istismar ihtimali göz ardı edilmemelidir (65).

Çocuk istismarının ortaya çıkarılmasında en önemli adım çocuğun açık ve kesin ifadesi olmakla beraber bu ifadenin yanıltıcı olabileceği, muayene, örnek alma ve laboratuvar inceleme sonuçlarıyla, çevresel anamnez gibi destekleyici bulgu ve bilgilerin yanı sıra, çocuğun ruhsal ve davranışsal açıdan izlenmesi ve herhangi bir değişiklik gösterip göstermediğinin tespiti önem taşır (40).

Cinsel istismar, çoğunlukla mağdurun tanıdığı kişi ya da kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir. Cinsel istismarın üçte birinde istismarcı diğer bir çocuktur. Cinsel istismara sebep olan erkekler hemen her kesimden çıkabilmektedir. Ayrıca her iki cinsiyetten de istismarcı görülebilmektedir (2).

Cinsel istismar çoğunlukla erkek çocuklarda iz bırakmaz ya da kolayca görülse de rastlanılan izlerin önemi çok açık değildir. Erkek çocuklarda genital bölgede görülen yaralanmalar cinsel istismar dışında cinsel olmayan cezalandırmalar sonucunda da ortaya çıkabilmektedir (40).

Pedofili en az 6 aylık süre boyunca kişide ergenlik dönemine girmemiş çocuk veya çocuklarla cinsel etkinlikte bulunmayla ilgili yoğun cinsel fantazilerin, dürtülerin ya da davranışların tekrarlanacak bir şekilde ortaya çıkmasıyla oluşan bir durumdur. Bazı çalışmalarda pedofilik bireylerin birçoğunda çocukluk dönemlerinde ebeveyn ve çocuk ilişkisinde bozukluklar, şiddet, bağlanma sorunları ve olumsuz ebeveyn algısı gibi ailesel sorunlar yaşamış oldukları tespit edilmiştir (66).

Ensest aile içi cinsel ilişkidir (67). Cinsel istismarın aile içinde ve kan bağı olan kişilerce meydana gelmesi sonucu oluşan ensest durumu toplum tarafından kabul

edilmeyen bir olgudur ve cinsel istismar türleri arasında duygusal yönden en yoğun yaşanan tür olarak kabul edilmektedir (55). Başka ifadelerle yasak sevi, cinsel sapkınlık ya da akraba aşkı olarak adlandırılmaktadır (66,67). Büyük ihtimalle dilimize İngilizce kelime olan ‘incest’ kelimesinden geçmiştir (67).

Günümüzde ensest ve pedofili istismarında bulunanlara yönelik davranışsal tedavi girişimleri yapılmaktadır. Tedavide amaç, bu tür istismarda bulunan kişilerin normal dışı cinsel eğitimlerinden ve bununla alakalı sorunların baskısından kurtulmalarını ve normal cinsel yönelime sahip olmalarını sağlamaktır. Pedofilide bu tür amacın gerçekleşme ihtimalinin çoğunlukla az olduğu, ensestte ise tedavi sonrasında iyi sonuçlarla karşılaşıldığı belirtilmektedir (67). Aile içerisinde görülen cinsel istismar türü olan ensestin görülme sıklığının raporlanabilmiş vaka sayılarından daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (24).

“Ensest İçin Risk Faktörleri;

- Alkolik baba,
- Annenin hasta olması veya evi terk etmesi,
- Yetişkinlerin çocukla aynı odayı ya da yatağı paylaşmaları,
- Kız çocuklarının babalarından ayrı yaşamaları,
- Aile bireylerinde görülen psikiyatrik bozukluklar,
- Annenin gece çalışmak zorunda olması nedeni ile çocuklara baba ya da üvey babanın bakması ,
- 6 - 8 yaşlarında ve kız çocuk olmak,
- Küçük kızda aniden gelişen baştan çıkarıcı tavırların varlığı,
- Anne veya babanın ya da her ikisinin ailesinde daha önce ensest ilişkinin varlığı,
- İktidarsızlık ve psikopatidir (68).”

Cinsel İstismarla İlgili Göstergeler

Fiziksel Göstergeler (2).

- Yürüme ve oturmada zorlanma,
- Yırtılmış, lekeli veya kanlı iç çamaşırları,
- Genital bölgede acı, şişkinlik, kızarıklık, kanama ya da kaşıntı gibi belirtiler,
- Ağrılı idrar yapma,

- Genital bölgenin dışında bere, kanama, morluk ya da yırtılmaların olması,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların ortaya çıkması,

Davranışsal Göstergeler (2,69).

• Cinsel alanda her zamankinden farklı davranış paternlerinin (fazla bilgi sahibi olma, cinsel davranışlara yönelimde artış vb.)

• Masturbasyon, diğer çocukları cinsel davranışa zorlama vb. çocuğun gelişim dönemine uygun olmayan cinsel davranışlar,

• Histerik davranışlar, duygu aşırılıkları,

• Akademik inhibisyonlar,

• Kardeş rekabetinden daha fazla etkilenme,

• Akranlarla ilişkilerde zorluk ve uzaklaşma,

• Sosyal izolasyon,

• Her türlü fiziksel temas veya yakınlaşmadan kaçınma,

• Yeme alışkanlığında değişme, ani kilo değişiklikleri,

• Belli çevre ya da kişilerden aşırı korku,

• Tanıdık bir yetiştikenden her zamankinden farklı bir şekilde kaçma, çekilme davranışı,

• Erken çocukluk yaşlarına dönebilir; enürezis, enkoprezis, parmak emme, ayinsel davranışlar, anneye yapışma vb. davranışlar,

• Dalgınlığa bağlı kazalarda artış,

• Oyuncakları ile şiddet kullanarak oynama, kendine, hayvanlara zarar verme davranışı,

• Sık banyo yapma ya da banyo yapmayı istememe.

Uzun ve Kısa Süreli Psikolojik Etkileri (2,64,69,70,71).

• Akut stres bozukluğu, uyumsal bozukluk ve post travmatik stres bozukluğu gibi stresörle ilişkili bozukluklar gösterme,

• Kaygı bozuklukları,

• Fobiler-korku tepkileri,

•Kabuslar, gece terörü, uyku kalitesinde düşüklük, karanlıktan korkma, uyurgezerlik,

• İçer kapanma ve depresyon,

• Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu,

• Enürezis-Enkoprezis,

• Somatik yakınmalar ve fantezilerinde artış.

Duygusal Göstergeler

İstismarcı çocuğun kendini ifade etmesini engeller ve kendine güven kaybına sebep olur. İstismarcı sürekli olarak çocuğu sessiz kalması için yönlendirir (bu bizim küçük sırımız gibi) ya da tehdit eder. Bu yönlendirme çocuğun yaşına uygun mental kapasitesi ile aşabileceği bir durum olmayıp bir dizi duygusal tepki vermesine sebep olur: Kendilik sorunları, suçluluk (benim hatam), utanç, depresyon, anksiyete, ruhsal gelgitler, benlik yitimi, duygusal labilite, öfke tepkileri, karşı gelme davranışı ve öfke ve impuls denetiminde güçlük, kendisini ve çevresini yargılama eğilimleri gibi (2).

Amnezi, fantezilerinde artış, trans benzeri durumlar ve uyurgezerlik istismarın erken döneminde meydana gelebilmektedir. Düşük benlik algısı ve yüksek oranda depresyon görülebilmektedir (71). İntihar fikir ve eğilimleri sık görülmektedir (72).

Bilişsel/Gelişimsel/Akademik Göstergeler (2,69).

• Akademik başarıda düşme,

• İlgide ve dikkatte azalma,

- Derslere yoğunlaşamama, öğrenmede zorluk çekme ya da okuldan kaçma.

2.5.4. Ekonomik İstismar

Çocuğun hak kaybına uğradığı, gelişimini engelleyebilen, hak ettiği ücretin verilmediği işlerde çalıştırılması ekonomik istismar olarak kabul edilmektedir (1). Çocuğun çalıştırılması, çocuk işgücü istismarı, sokakta çalışan ve sokakta yaşayan çocukların sorunları çoğu toplumda karşılaşılmakla birlikte çözüm bekleyen problemler arasında yer almaktadır (73).

“Çocuklar, çalışma esnasında kuşkusuz çeşitli ihmal ve istismarlara maruz kalmaktadır. Ancak bu, sanıldığı kadar yüksek değildir. Sokak çocukları konusunda medyada ya da kimi araştırmalarda, çocuğun sokakta çalışmasının bir süre sonra sokakta yaşamasına yol açacağı ya da ayakkabı sektöründe çalışan çocuğun otomatikman ucuucu madde bağımlısı olacağı yönünde bir ilişki kurulmaktadır. Böyle bir ilişki subjektif ve de yanıltıcı olabilmektedir. Örneğin Gaziantep araştırmasında, sokakta çalışan çocukların büyük bir oranının madde kullanmadıkları dikkat çekmektedir. İstanbul, İzmir ve Ankara’da sokakta çalışan çocuklar üzerinde yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar görülmüştür (74).”

2.5.5. Çocuk İhmali

Çocuk ihmali, çocuğa bakma yükümlülüğü olan kişinin bu yükümlülüğü yerine getirememesiyle beraber beslenme, giyim gereksinimlerini karşılayamama ve sosyal, duygusal ya da yaşam koşulları yönünden yeterli ilgiyi göstermemesi sonucunda çocuğun bedensel ya da duygusal olarak ihmal edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (40,53). Çocuk ihmalinin tanısı fiziksel ve cinsel istismara göre daha zordur (40).

Ölüm ve ciddi yaralanmayla sonuçlanan ihmal olguları dışında ihmal göz ardı edilmektedir (63). İhmal pasif, istismar ise aktif bir davranış patternidir. Büyüme ve gelişmesinde gerilik, psiko-sosyal uyumda zorluk, akademik başarıda yetersizliği olan çocuklarda akla gelmelidir (40).

İhmal çocuğun fiziksel gelişim, eğitim ve duygusal ihtiyaçları açısından eksikliklerin olması durumudur (75). Özellikle büyüme geriliği olan ve psiko-sosyal yönden uyumda zorluk çeken, eğitim ihtiyacı karşılanmayan çocuklarda ihmal akla gelmelidir (40).

Çocuk ihmali istismardan ayıran en temel nokta çocuk ihmalinin pasif bir davranış şekli olmasıdır. İstismar ise aktif bir davranış şeklidir (40). Çocuk ihmali istismara göre daha yaygındır ancak sonuçları açısından çarpıcı değildir. Bütün dünyada çocuk nüfusunun % 1-2'si ihmal edilmekte olup istismarların yaklaşık % 48-63'nün ihmal ile birlikte olduğu kanaati vardır (75). İhmalin fiziksel belirtileri az olmasına karşın ruhsal etkilerinin görülme oranı diğer istismar türlerine yakındır (76).

İhmalle İlgili Göstergeler

Fiziksel Göstergeler (2).

- Kötü beslenme işaretleri de içeren sürekli açlık belirtileri,
- Keçeleşmiş saçlar, kirli cilt veya şiddetli vücut kokusu gibi hijyen yetersizliği,
- Kıyafetinde yetersizlik, uygunsuzluk,
- Çocuğun bakımında ve denetiminde rol alan kişilerin yetersizliği ve madde kullanımı,
- Çocuğun fiziksel problemlerinde ve tıbbi bakımında ihmalin olması,
- Düşük kiloluluk,
- Gelişim bozuklukları,
- Fiziksel dismorfizm, parazitlere maruz kalma (bit, pire vb.),
- Uykusuz ve yorgun görünme.

Davranışsal Göstergeler (2).

- Kendi kendine zarar verme davranışı,
- Dilenme, yiyecek çalma davranışı,
- Okulda bulunma süresini uzatma (erken gelme ve geç gitme), dolayısıyla evde kalma süresini azaltma,

- Sürekli yorgunluk, halsizlik ya da özellikle derste uykuya eğilim,
- Yetişkinliğine ait görev ve sorumlulukları yüklenme,
- Kimi zaman okula vaktinde gidememe ve devamsızlık gösterme.

Duygusal Göstergeler (2).

- Düşük benlik algısı-kendine değer vermeme,
- Bağlanma zorlukları,
- Duygusal yetersizlik,
- Sosyal ve kişilerarası ilişkilerde yetersizlik ve arkadaş edinmede zorluk,
- İlgiye ihtiyacı nedeniyle uygunsuz isteklere hayır diyememe,
- Kendini ifade etmede yetersizlik, duygularını dışarı vuramama ve içine kapınma.

Bilişsel/Gelişimsel/Akademik Göstergeler (2).

- Kendini denetlemede zorluk,
- Bir takım görevleri tek başına yapmada yetersizlik,
- Düşük okul başarısı,
- Öğrenme güçlüğü.

2.6. Çocuk İhmalini ve İstismarını Bildirme

Çocuk istismarı durumları genellikle doğrudan şikayet ya da ihbar edilmemektedir. Bu nedenle çocuklarla bir şekilde temasa geçen hekim, sosyal hizmet uzmanı, çocuk polisi, hemşire, pedagoğ gibi kişilerin başka gerekçelerle başvuran ya da onlarla rutin temas içerisinde oldukları durumlarda istismar konusunda şüpheli yaklaşım ile ağıktan olmasa bile dolaylı olarak sorgulama, anamnez alma vb. yaklaşımlarla olası istismar durumlarının varlığının tespitini rutin hale getirmelidirler (16).

Çocuk istismarı ve ihmali etyolojik, tanısal ve tedavisel yönden komplike bir olgudur. Çocukların istismar ve ihmalden korunma, erken tanı ve tedavi süreçlerinde bütün sorumluluklar uzman bir ekip işidir. Hemşireler de bu ekibin bir üyesidir (12).

Özellikle son yıllarda yürürlüğe giren yasalar, toplumda ve medyada konuya ilginin artması sağlık kuruluşlarına istismar olguları ile başvuruların artmasına neden olmuştur. Bu artış istismar olgusunun artmasından ziyade konu hakkındaki ilginin artmasıyla orantılıdır. Bu sorun birçok kişi tarafından sağlık sorunu olarak kabullenilmeye başlamıştır. Konuyla ilgili en büyük problem ise çocuk istismarı konusunda eğitilmiş ve uzmanlaşmış kişi sayısının yetersizliği olarak belirtilmektedir (21).

Çocuk istismarı ile ilgili bildirimle yükümlü olan kişi ya da kurumların yanı sıra böyle bir mecburiyeti olmayan kişi ya da kurumların da bildirimde bulunması çocuğun ve ailesinin zor durumda kalması ya da zarar görmesi gibi bir sonuç doğurmamakta, aksine çocuğun ve ailenin lehine olabilecek yaklaşım ve tedbirlerin uygulanması fırsatını doğuracaktır (2).

Türk Ceza Kanunu'nun 280. maddesi “bir suç belirtisi ile karşılaşan sağlık çalışanlarına bildirim zorunluluğu” getirmektedir (79).

2.7. İstismar ve İhmalle İlgili Ülkemizdeki Yasal Düzenlemeler

2.7.1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'ndaki Düzenlemeler

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesine göre;

“Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.

Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz.

Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz (78).”

2.7.2. Türk Ceza Kanunu'ndaki Düzenlemeler

Türk Ceza Kanunu'nun;

77. maddesinde insanlığa karşı suçlar başlığı altında çocukların cinsel istismarı,

97. maddesinde yaşı ve hastalığından dolayı kendini idare edemeyecek durumda bulunmakla birlikte koruma ve gözetim yükümlülüğü altındaki kişinin terk edilmesi,

103. maddesinde çocukların cinsel istismarı başlığı altında çocuğa yönelik cinsel istismar,

104. maddesinde reşit olmayan bireyle cinsel ilişki,

105. maddesinde cinsel taciz,

226. maddesinde müstehcenlik,

229. maddesinde dilencilik,

232. maddesinde kötü muamele başlığı altında aynı konutta birlikte yaşayanlara yönelik kötü muamele ile idaresi ve yükümlülüğü altındaki kişilere terbiye hakkından doğan disiplin yetkisinin kötüye kullanımı,

233. maddesinde aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali,

234. maddesinde çocuğun kaçırılması ve alıkonulması,

280. maddesinde sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi ile ilgili ceza hükümleri bulunmaktadır (79).

2.7.3. Türk Medeni Kanunu'ndaki Düzenlemeler

Türk Medeni Kanunu'nun 346-351. maddelerinde çocukların ana ve babaları tarafından gelebilecek zihinsel ve bedensel tacizler ile sömürü ve benzeri diğer tüm muamelelerden korunmasıyla ilgili hükümler yer almaktadır (80).

Türk Medeni Kanunu'nun;

346. maddesinde koruma önlemleri başlığı altında; çocuğun korunması için uygun önlemlerin alınması,

347. maddesinde çocukların yerleştirilmesi başlığı altında; zihinsel ve bedensel açıdan çocuğun gelişimi tehlike altındaysa veya çocuk manen terk edilmiş haldeyse, hâkimin çocuğu ana ve babadan alarak bir aileye veya bir kuruma yerleştirebilecektir. Ailenin huzuru açısından çocuğun ailede kalmasının aile huzurunu katlanılmayacak derecede bozması ve başka bir çarenin kalmaması durumunda, ana ve baba veya çocuğun talebi üzerine hâkimin aynı önlemleri alabileceği, ana, baba ve çocuğun ödeme gücü bulunmuyorsa bu önlemlere ilişkin giderlerin Devletçe karşılanacağı belirtilmektedir.

348. maddesinde velâyetin kaldırılması başlığı altında genel olarak; diğer önlemlerden sonuçsuz kalması durumunda ya da önlemlerin yetersiz kalacağı önceden anlaşılırsa hâkim velayet görevini ana ve babadan kaynaklanan deneyimsizlik, hastalık, başka bir yerde bulunma vb. nedenlerden biriyle yerine getirememesi, ana ve baba tarafından çocuğa yeterli ilginin gösterilmemesi veya ana ve babanın çocuğa karşı yükümlülükleri ağır bir şekilde savsaklaması durumunda ana ve babadan velayet görevini kaldırma yönünde karar verecektir ve ana ve babanın her ikisinin de velayetinin kaldırılması durumunda çocuğa bir vasi atanacaktır. Aksi bir karar belirtilmediği sürece velayetin kaldırılması kararı mevcut çocukları ve doğacak bütün çocukları kapsayacağı belirtilmiştir.

349. maddesinde velâyetin kaldırılması başlığı altında ana veya babanın yeniden evlenmesi durumunda; çocuğun velâyetinin kaldırılmayacağı, ancak çocuk menfaati söz konusu olduğunda durum ve koşullar dikkate alınarak velâyet kaldırılacağı ve çocuğa vasi atanabileceği belirtilmiştir.

350. maddesinde velâyetin kaldırılması başlığı altında velâyetin kaldırılması hâlinde ana ve babanın yükümlülükleri alt başlığında; çocuğun velayeti ana ve babadan kaldırılırsa ana ve baba çocukla ilgili bakım ve eğitim giderlerini karşılama yükümlülüğündedir. Ancak ana, baba ve çocuğun ödeme gücünün olmadığı durumlarda eğitim ve bakım giderlerinin Devletçe karşılanacağı belirtilmektedir.

351. maddesinde velâyetin kaldırılması başlığı altında; durumun değişmesi alt başlığında; velâyetin kaldırılması durumunun değişmesi hâlinde, çocuğun korunmasıyla

ilgili önlemler yeni koşullara göre uydurularak velâyetin kaldırılmasını gerektiren nedenin ortadan kalkması durumunda hâkim, ana veya babanın istemi ile ya da res'en velâyeti geri vereceği belirtilmektedir (80).

2.7.4. 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu'ndaki Düzenlemeler

Korunma ihtiyacı olan çocukların korunması ve suça sürüklenen çocuklarla ilgili uygulanacak güvenlik tedbirleri usul ve esaslarına ilişkin hükümler bulunmaktadır.

Korunma ihtiyacı olan çocukların korunmasıyla ilgili maddeler incelendiğinde;

Kanunun 5. maddesinde çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunması ve desteklenmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Koruma ve destekleme tedbirleri arasında eğitim, danışmanlık, bakım, barınma ve sağlık konuları ele alınmıştır.

Kanunun 6. maddesinde koruma ihtiyacındaki çocukların Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)'na bildirilmesine yönelik yükümlü olan merciler ve görevliler belirtilmektedir. Bunlar adlî merciler, idarî merciler, kolluk görevlileri, sağlık kuruluşları, eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşlarıdır. Bu maddeye göre çocuk ve çocuğun bakımından sorumlu kişiler de SHÇEK'e çocuğun koruma altına alınmasıyla ilgili başvurabileceklerdir. Başvuru SHÇEK tarafından değerlendirilecek ve ilgili olay derhâl araştırılacaktır.

Kanunun 7. maddesinde tedbir kararlarının hangi kimseler ve hangi kurumlar tarafından alınacağı belirtilmektedir. İlgili maddeye göre tedbir kararının çocuğa bakma ve gözetme yükümlülüğü bulunan ana, baba, vasi, diğer sorumlu kimse, SHÇEK ve Cumhuriyet savcısının istemi ile alınabileceği belirtilmektedir.

Kanunun 8. maddesinde çocuğun menfaatleri açısından çocukla ilgili koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarının çocuğun kendisinin, anasının, babasının, vasisinin veya birlikte yaşadığı kimselerin bulunduğu yerdeki çocuk hâkimince alınacağı belirtilmektedir.

Kanunun 9. maddesinde çocukla ilgili derhâl korunma altına alınması için bir durumla karşılaşılması hâlinde çocuk, SHÇEK tarafından bakım ve gözetim altına alınacaktır. Bakım ve gözetim altına alınan çocuğun SHÇEK'e geliş gününden itibaren en geç beş gün içinde acil koruma kararının alınabilmesi amacıyla çocuk hâkimine

müracaat edileceği, hâkimin ise bu talebi üç gün içinde karara bağlayacağı belirtilmektedir. Hâkim, çocuğun bulunduğu yerin gizli tutulmasına ve gerektiğinde kişisel ilişkinin tesisine karar verebilecektir.

Kanunun 10. maddesinde SHÇEK'e intikal eden olaylarda gerekli önlemler derhâl alınarak çocuğun, SHÇEK tarafından resmî veya özel kuruluşlara yerleştirileceği belirtilmektedir.

Kanunun 13. maddesinde bu Kanunun "Mahkeme, korunma ihtiyacı olan çocuk hakkında, koruyucu ve destekleyici tedbir kararının yanında 22.11.2001 tarihli ve 4721 sayılı Türk Medenî Kanunu hükümlerine göre velayet, vesayet, kayyım, nafaka ve kişisel ilişki kurulması hususlarında da karar vermeye yetkilidir." hükmünde öngörülen durumlar hariç olmak üzere, suça sürüklenen ve ceza sorumluluğu olmayan çocuklarla korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında duruşma yapılmaksızın tedbir kararı verileceği, ancak, hâkim zaruret gördüğü hâllerde duruşma yapılabileceği belirtilmektedir.

Kanunun diğer maddeleri ise suça sürüklenen çocuklar hakkında uygulanacak güvenlik tedbirlerinin usûl ve esaslarına, çocuk mahkemelerinin kuruluş, görev ve yetkilerine ilişkin hükümlerle kanunla ilgili diğer hükümleri kapsamaktadır (81).

2.7.5. 4857 sayılı İş Kanunu'ndaki Düzenlemeler

4857 sayılı İş Kanunu'nda Çalıştırma Yaşı ve Çocukları Çalıştırma Yasağı başlığı altında 71. maddede "On beş yaşını doldurmamış çocukların çalıştırılması yasaktır. Ancak, on dört yaşını doldurmuş ve zorunlu ilköğretim çağını tamamlamış olan çocuklar; bedensel, zihinsel, sosyal ve ahlaki gelişmelerine ve eğitime devam edenlerin okullarına devamına engel olmayacak hafif işlerde çalıştırılabilirler. On dört yaşını doldurmamış çocuklar ise bedensel, zihinsel, sosyal ve ahlaki gelişmelerine ve eğitime devam edenlerin okullarına devamına engel olmayacak sanat, kültür ve reklam faaliyetlerinde yazılı sözleşme yapmak ve her bir faaliyet için ayrı izin almak şartıyla çalıştırılabilirler." hükmü bulunmaktadır.

Aynı maddede "Çocuk ve genç işçilerin işe yerleştirilmelerinde ve çalıştırılabilecekleri işlerde güvenlik, sağlık, bedensel, zihinsel ve psikolojik gelişmeleri, kişisel yatkınlık ve yetenekleri dikkate alınır. Çocuğun gördüğü iş onun

okula gitmesine, mesleki eğitiminin devamına engel olamaz, onun derslerini düzenli bir şekilde izlemesine zarar veremez.” hükmü bulunmaktadır. Bu maddede çocukların haftalık ve günlük çalışma saatlerine ilişkin hükümler de bulunmaktadır (82).

Aynı kanunun 72. maddesine göre;

“Maden ocakları ile kablo döşemesi, kanalizasyon ve tünel inşaatı gibi yer altında veya su altında çalışılacak işlerde onsekiz yaşını doldurmamış erkek ve her yaştaki kadınların çalıştırılması yasaktır (82).”

Kanunun 73. maddesine göre ise;

“Sanayie ait işlerde onsekiz yaşını doldurmamış çocuk ve genç işçilerin gece çalıştırılması yasaktır. Onsekiz yaşını doldurmuş kadın işçilerin gece postalarında çalıştırılmasına ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca hazırlanacak bir yönetmelikte gösterilir (82).”

2.8. Çocuk Hakları Sözleşmesi

“Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 20 Kasım 1989 tarih ve 44/25 sayılı Kararıyla kabul edilip imza, onay ve katılıma açılmıştır. Sözleşme 49. maddeye uygun olarak 2 Eylül 1990 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye Sözleşmeyi 14 Eylül 1990 tarihinde imzalamış ve 9 Aralık 1994 tarihinde ihtirazi kayıtlarla onaylamıştır. 4058 Sayılı Onay Kanunu 11 Aralık 1994 gün ve 22138 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Türkiye'nin koyduğu ihtirazi kayıt şöyledir: "Türkiye Cumhuriyeti Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinin 17., 29. ve 30. maddeleri hükümlerini T.C. Anayasası ve 24 Temmuz 1923 tarihli Lozan Anlaşması hükümlerine ve ruhuna uygun olarak yorumlama ve uygulama hakkını saklı tutmaktadır (83).”

Sözleşme uluslararası hukuk yönünden bağlayıcı, iç hukuk yönünden ise kanun hükmündedir (84).

Sözleşmeye göre çocuklarla ilgili bütün haklar, her nerede olursa olsun bütün çocukları kapsamaktadır ve çocuklarla ilgili her konuda çocuğun yüksek yararının gözetileceği belirtilmektedir. Çocuk haklarına eksiksiz olarak saygı gösterilmesinin sağlanması amacıyla ilgili önlemleri almada yükümlülükler Devletlere aittir. Bu çerçevede;

- Rol ve sorumluluk açısından çocuğun ana ve babasının rolü ve sorumluluğunun yanı sıra bunun ihmal edilmesi durumunda devletin üstlenmesi gereken rol ve sorumlulukları,

- Çocuğun erişim hakları açısından çocuğun bir isme ve vatandaşlığa sahip olma ve bunu koruma; yaşama, gelişme; sağlık hizmetlerine, eğitime, sosyal güvenlik hizmetlerine; insana yakışır bir yaşam standardına erişim hakları ve eğlenceye, dinlenmeye ve kültürel etkinlikler için zamana sahip olma hakları,
- Çocuğun korunma hakları açısından istismar ve ihmalden; uyuşturucu bağımlılığından; cinsel ve ekonomik sömürüden; işkenceden, özgürlükten yoksun bırakıcı uygulamalardan; satış, kaçırılma ve zorla alıkoymadan korunma haklarıyla diğer suistimal biçimlerinden korunma hakları,
- Çocuğun özgürlük hakları açısından ifade, düşünce, din ve vicdan özgürlüğü ile dernek kurma özgürlükleri hakları konu edilmektedir. Bu konuların yanı sıra çocuğun kendisiyle ilgili konularda görüşlerini dile getirme; gerekli bilgilere ulaşma ve özel yaşamı saklı tutma hakları belirtilmektedir.

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde ayrıca çocuk mülteciler; özürlü çocuklar; azınlık ve yerli gruplara mensup olan çocuklar gibi çocukların hakları ile evlat edinme işlemlerinin belirli bir düzene bağlanmasını da kapsamak üzere aileleri olmayan çocukların hakları da konu edilmektedir. Bu hususların yanı sıra rehabilitasyona özel bir önem verilmesi dahil adil bir çocuk ceza adaleti sistemi uygulanması konuları da ele alınmaktadır (85).

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 1. maddesinde “Bu sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, onsekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır” hükmü bulunmaktadır.

Sözleşmenin çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin hükümleri ile istismar ve ihmalin önlenmesiyle ilgili hükümleri 19, 34 ve 39'uncu maddelerde belirtilmiştir.

Türkiye'nin de imzasının olduğu, elli dört maddeli Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19'uncu maddesine göre,

“1. Bu Sözleşme'ye Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkâr muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar.

2. Bu tür koruyucu önlemler; burada tanımlanmış olan çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi,

soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli başkaca yöntemleri ve uygun olduğu takdirde adliyenin işe el koyması olduğu kadar durumun gereklerine göre çocuğa ve onun bakımını üstlenen kişilere, gereken desteği sağlamak amacı ile sosyal programların düzenlenmesi için etkin usulleri de içermelidir (85).”

Sözleşmenin 34’üncü maddesine göre,

“Sözleşme’ye Taraf Devletler, çocuğu, her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu amaçla Taraf Devletler özellikle: çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanması; çocukların, fuhuş, ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurulması; çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemede kullanılarak sömürülmesini, önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili ile çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemi alırlar (85).”

Sözleşmenin 39’uncu maddesine göre,

“Taraf Devletler, her türlü ihmal, sömürü ya da suistimal, işkence ya da her türlü zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan sağlığına yeniden kavuşması ve yeniden toplumla bütünleşebilmesini temin için uygun olan tüm önlemleri alırlar. Bu tür sağlığa kavuşturma ve toplumla bütünleştirme, çocuğun sağlığını, özgüvenini ve saygınlığını geliştirici bir ortamda gerçekleştirilir (85).”

Çocuk Hakları Sözleşmesinin yürürlüğe girmesiyle birlikte çocuklar özel hakları olan özneler haline gelmiştir (39).

2.9. Çocuk İstismarı ve İhmalinden Korunma Yolları

En sık yakın aile üyeleri, öğretmen, akraba ve yakın çevreden kişiler tarafından çocuk istismarına maruz kalınmaktadır. Çocuk Hakları Sözleşmesine göre çocukları her türlü istismardan korumak, çocukların maruz kaldıkları istismarın zararlı etkilerini en aza indirmek ve rehabilite etmek için toplumsal eğitim faaliyetleri ve kampanyalarının başlatılması gerektiği belirtilmektedir (86).

Resmi kurumlar ve sivil toplum kuruluşlarının başlatacağı aileler, öğretmenler ve çocukların davranışlarını düzeltmek amacıyla çalışmalar yapılması gerekmektedir. Şiddete maruz kalanlar kadar şiddet uygulayanların da rehabilite edilmesi büyük önem taşımaktadır. Çocuk istismarını önlemede yasal tedbirlerin alınmasının önemli olduğu Türkiye’de Çocuk İstismarı Özel Raporunda belirtilmektedir. Bu konuda uygulanacak kamusal politikaların etkili olması amacıyla istismar oluşmadan önceki geliştirilecek

önleyici tedbirler, mağdurların tedavisi ve rehabilitasyonu ile şiddet uygulayanların en ağır cezayı alacak şekilde amaçlanmalıdır. Ayrıca maddi durumu iyi olmayan aileler için maddi yardım yapılmasının kötü muameleyi önleyici tedbir olduğu da belirtilmektedir (86).

Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde, birincil korunma risklerin oluşmasının engellenmesidir. Tüm çocukların ve ailelerin içinde buldukları koşulların iyileştirilmesi, ailelere eğitim verilmesi, ailenin yaşam kalitesinin artırılması gibi önlemler sayılabilir. Bu aşamada hukuksal reformların yapılması, Çocuk Hakları Sözleşmesinde belirtilen ilkelerin yasalaştırılması, çocuğa yönelik şiddetin azaltılması ile ilgili kültürel ve sosyal değerlerin değiştirilmesi ve ekonomik eşitsizliklerin giderilmesine yönelik çalışmaların yapılması sayılabilir. İkincil koruma, istismar ve ihmal konusunda yüksek gruplarının belirlenerek, var olan hizmetlerin kullanılmasını sağlayıcı stratejiler geliştirilerek bu ailelere gereken ek hizmetlerin sunulması sağlanmalıdır. Sağlık kuruluşlarında çocuk ve ailelerle karşılaşan hekim, ebe ve hemşirelerin dikkatli davranmaları neticesinde çocuğun örselenmeden duruma el konulmalıdır. Üçüncül koruma ise, istismar edilen çocuğun yeniden istismar edilmesinin ve ölümlerin önlenmesidir. Yani tedavi ve rehabilitasyondur (87).

2.10. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hemşirelerin Rolü

Ailede çocuk suiistimali ve ihmali, tecavüz, okulda kaba kuvvet kullanma/zorbalık, adam öldürme gibi çeşitli şekillerde karşılaşılan şiddet olaylarının ele alınmasında sağlık, güvenlik, adalet sektörleri ve toplumun sıkı işbirliği içerisinde olması, çalışmaların bu işbirliği içerisinde yapılması ve bu tür şiddet olaylarının işbirliği içinde önlenmesi gerekmektedir. Hemşireler bu şiddet olaylarının önlenmesine yönelik mücadelede etkin bir şekilde rol oynayabilirler (88).

Hemşireler adli vakalarla karşılaştıklarında adli değerlendirmeleri göz ardı etmemelidir. Adli olgularda hemşirelerin bilgili yaklaşımları ve konuya hassasiyetle davranması delillerin gözden kaçırılmasını ve ortadan kaldırılmasını önleyebilir (89).

Hemşireler koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerde çocuklarla ve ailelerle ilk karşılaşan meslek üyesi olması ile anahtar konumdadır. Önemli bir konumda olan hemşirelerin büyük sorumlulukları bulunmaktadır. Çocuğun istismar ve

ihmal yaşantısında özellikle ilk bir iki yılında uygun tekniklerle müdahale edilmesiyle çocuğun ciddi örselenmesi önlenebilmektedir (73).

İstismar ya da ihmal şüphesi uyandıran; fiziksel bir travmanın varlığı ve çelişkili ifade ve davranışların sezilmesi durumunda, hemşire çocuğun kendini güvende hissetmesi için gereken tedbirleri almak ve uygun yaklaşımlar sergilemek durumundadır (90).

İstismar olgularında hemşirelerin rolü öncelikle ocuk istismarını tanımlayabilmek, daha sonra anlamaya çalışarak destek ve yardım sunabilmektir. Hemşire iyi bir değerlendirme sonucunda iyi bir girişim ve yapılandırılmış aktiviteyi saçlar (88).

Cinsel istismar vakalarında sağlık çalışanlarının en önemli rolü istismara maruz kalan kurbanların var olan parametrelerini tanımlayarak cinsel istismarı önlemeye yönelik girişimleri uygulamaya koymaktır (88).

İstismar ve ihmal önlenebilir sorundur. Bu sorunların topluma maliyeti yüksektir. İstismarın nlenmesi sağaltıma kıyasla daha ekonomiktir. Erken müdahale sayesinde çocukların evden kaçma, okulda sorun yaşama ve suç işleme durumları ile ilaç ve alkol bağımlısı olma durumları ve fahişeliğe yol açabilen ciddi duygusal ve gelişimsel zorluklardan zarar görmeleri önlenmiş olacaktır (73).

ocuk istismarı kamu davası açılması gereken yasal bir suçtur ve bu suçun en kısa zamanda yasal birimlere bildirilmesi gerekmektedir. ocuk istismarının soruşturulmasında şikayet aranmamaktadır (23,77).

Bu alışma; niversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerini tanımlanmasına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini 20 Mayıs-20 Haziran 2013 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde çalışan 900 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada +_ % 5 hata ile % 95 güven seviyesinde 270 önerilen örneklem büyüklüğü yeterli olabileceken, olası hataların bertaraf edilebilmesi için örnekleme yöntemi uygulanmadan, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya, çeşitli nedenlerden dolayı izinde olan yada katılmayı kabul etmeyen 282 kişi alınmamıştır. Çalışma, araştırmaya katılmayı kabul eden 618 (% 69) hemşire üzerinde yürütülmüştür. Katılımcıların 317 (% 51.3)'sinin çocuğu var iken, 301 (% 48.7)'inin çocuğu yoktu.

Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında, literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile istismar ve ihmal konusundaki görüşlerini içeren, 16 sorudan oluşan “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeylerini saptamaya yönelik Uysal (7) tarafından 1998 yılında geliştirilen, 67 sorudan oluşan Likert tipi “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınması Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek uygulanmadan önce Dr. Aynur Uysal ile görüşülerek bilgi alışverişinde bulunuldu ve ölçeğin kullanım izni alınmıştır.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek

Ölçek Uysal (7) tarafından hemşire ve ebelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Belirlenmesi”ne yönelik olarak geliştirilmiştir. Uygulanan ölçekte 6 alt grubu bulunan hemşirelerin farkındalık düzeylerini ölçmeye yönelik toplam 67 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir.

- İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde)

- Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler (15 madde)
- İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)
- İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (12 madde)
- İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (6 madde)
- Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (8 madde)

Her madde için “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” sözcüklerinden oluşan 5 dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin farkındalıklarının saptanmasına yönelik likert tipi ölçekte yer alan 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66, 67 no’lu sorulara, “çok doğru” yanıtına 5 puan, “oldukça doğru” yanıtına 4 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil ”yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verilmiştir.

Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen,

3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 54, 56, 59, 61, 63 numaralı sorulara verilen “çok doğru” yanıtı 1 puan, “oldukça doğru yanıtı 2 puan, “kararsızım” yanıtı 3 puan, “pek doğru değil” yanıtı 4 puan, “hiç doğru değil yanıtı” 5 puan olarak değerlendirilmiş ve puan ortalamaları bulunmuştur. Puan ortalaması 5’e yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3’den uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan katılımcının 335 tam puan alması beklenmiştir.

Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmanın genel amacı; Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin tanınmasına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemektir. Bu amaca ulaşmak için belirlenen araştırma hipotezlerine ilişkin sorulara yanıt aranmıştır.

- Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin tanılanmasına ilişkin bilgi düzeyleri cinsiyetlerine göre farklı mıdır?

- Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin tanılanmasına ilişkin bilgi düzeyleri yaşlarına göre farklı mıdır?

- Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin tanılanmasına ilişkin bilgi düzeyleri medeni durumlarına göre farklı mıdır?

- Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin tanılanmasına ilişkin bilgi düzeyleri çocuk sahibi olma durumlarına göre farklı mıdır?

- Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin tanılanmasına ilişkin bilgi düzeyleri mezun oldukları okula göre farklı mıdır?

- Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin tanılanmasına ilişkin bilgi düzeyleri çalışma sürelerine göre farklı mıdır?

- Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin tanılanmasına ilişkin bilgi düzeyleri öğrenimleri sırasında bilgi alma durumlarına göre farklı mıdır?

Araştırma Verilerinin Analizi

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup değerlendirmelerinde One way Anova Test, iki grup karşılaştırılmasında Student t test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğin Cronbach alfa değerleri, genel ölçek puanı 0.88 olarak bulunmuştur.

Etik ilkeler

Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere çalışmanın amacı açıklanarak, gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiştir. Araştırmanın yürütülebilmesi için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimliğinden gerekli yazılı izin alınmıştır (EK-3).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma ankete dayalı olarak yapıldığından Hemşirelerin doğru ve samimi cevap verdiklerine dayalı olarak değerlendirilmektedir.

Araştırma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde görev yapan ve araştırmaya katılan hemşireler ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

| Değişkenler | N | % |
|--------------------------------|-----|-------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 569 | 92.1 |
| Erkek | 49 | 7.9 |
| Toplam | 618 | 100.0 |
| Yaş grupları | | |
| 18-24 yaş | 80 | 12.9 |
| 25-34 yaş | 342 | 55.3 |
| 35-44 yaş | 181 | 29.3 |
| 45 yaş ve üzeri | 15 | 2.4 |
| Toplam | 618 | 100.0 |
| Medeni durum | | |
| Evli | 394 | 63.8 |
| Bekar | 224 | 36.2 |
| Toplam | 618 | 100.0 |
| Eğitim durumu | | |
| SML | 17 | 2.8 |
| Lisans | 550 | 89.0 |
| Önlisans | 36 | 5.8 |
| Diğer | 15 | 2.4 |
| Toplam | 618 | 100.0 |
| Meslekte çalışma süresi | | |
| 1 yıldan az | 50 | 8.1 |
| 1-2 yıl | 79 | 12.8 |
| 3-5 yıl | 124 | 20.1 |
| 6 ve üzeri yıl | 365 | 59.1 |

| | | |
|------------------------|-----|-------|
| Toplam | 618 | 100.0 |
| Çalışılan Bölüm | | |
| Pediyatri Kliniği | 74 | 12.0 |
| Erişkin Kliniği | 244 | 39.5 |
| Pediyatri Acil | 12 | 1.9 |
| Pediyatri Polikliniği | 22 | 3.6 |
| Erişkin polikliniği | 59 | 9.5 |
| Erişkin acil | 24 | 3.9 |
| Pediyatri Yoğun Bakım | 18 | 2.9 |
| Erişkin Yoğun Bakım | 106 | 17.2 |
| Diğer | 59 | 9.5 |
| Toplam | 618 | 100.0 |

(SML) Sağlık Meslek Lisesi

Bu çalışma üniversite hastanesinde çalışan 618 hemşire üzerinde yapılmıştır. Hemşirelerin % 92.1'i kadın, % 55.3'ü 25-34 yaş grubunda, % 63.8'i evli, % 89.0'ı lisans mezunu olup % 51.3'ünün çocuğu vardı. Hemşirelerin % 59.1'inin meslekte çalışma süresi 6 ve üzeri yıl idi. Hemşirelerin % 39.5'i erişkin kliniğinde çalışmakta idi (Tablo 1).

Tablo 2. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik soruların dağılımı

| Değişkenler | N | % |
|--|----------|----------|
| Öğrenimiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldınız mı? | 359 | 58.1 |
| Evet | 259 | 41.9 |
| Hayır | | |
| Toplam | 618 | 100.0 |
| Yanıtınız evet ise yeterli miydi? | | |
| Evet | 187 | 52.1 |
| Hayır | 168 | 46.8 |
| Yanıt alınmadı | 4 | 1.1 |
| Toplam | 359 | 100.0 |
| Mezuniyet sonrası çocuk istismarı hakkında bilgi aldınız mı? | | |
| Evet | 82 | 13.3 |
| Hayır | 531 | 85.9 |

| | | |
|--|-----|-------|
| Yanıt alınamadı | 5 | 0.8 |
| Toplam | 618 | 100.0 |
| Yanıtınız evet ise yeterli miydi? | | |
| Evet | 51 | 62.2 |
| Hayır | 26 | 31.7 |
| Yanıt alınamadı | 5 | 6.1 |
| Toplam | 82 | 100.0 |
| İş yaşamınız süresince çocuk istismarı olgusu veya şüphesi yaşadınız mı? | | |
| Evet | 155 | 25.1 |
| Hayır | 450 | 72.8 |
| Yanıt alınamadı | 13 | 2.1 |
| Toplam | 618 | 100.0 |
| Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi olduğunda bildirim yapar mısınız? | | |
| Evet | 582 | 94.2 |
| Hayır | 23 | 3.7 |
| Yanıt alınamadı | 13 | 2.1 |
| Toplam | 618 | 100.0 |
| Sizce çocuk istismarı ve ihmali şüphesi olan veya tanısı alan olguların hizmet alabileceği çocuk veya gençlik merkezleri olmalı mı? | | |
| Evet | 602 | 97.4 |
| Hayır | 2 | 0.3 |
| Yanıt alınamadı | 14 | 2.3 |
| Toplam | 618 | 100.0 |

Hemşirelerin % 58.1'i öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldığını, % 52.1'i yeterli düzeyde bilgi aldığını, % 13.3'ü mezuniyet sonrası çocuk istismarı hakkında bilgi aldığını, % 62.2'si yeterli düzeyde bilgi aldığını, % 25.1'si iş yaşamı süresince çocuk istismarı olgusu veya şüphesi yaşadığını, % 94.2'si çocuk istismarı olgusu veya şüphesi olduğunda bildirim yapacağını, % 97.4'ü çocuk istismarı şüphesi olan veya tanısı alan olguların bir merkezi olması gerektiğini düşünüyordu (Tablo 2).

Tablo 3. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini belirleme ölçeğinin dağılımı

| Ölçek | Minimum | Maksimum | Aritmetik ortalama | Standart sapma |
|--|----------------|-----------------|---------------------------|-----------------------|
| Genel Ölçek puanı | 2.85 | 4.64 | 3.60 | 0.32 |
| İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri | 2.74 | 4.79 | 3.76 | 0.38 |
| Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler | 2.40 | 4.73 | 3.69 | 0.39 |
| İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri | 1.57 | 5.00 | 3.70 | 0.59 |
| İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri | 1.67 | 4.83 | 3.37 | 0.45 |
| İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri | 1.83 | 4.50 | 3.11 | 0.45 |
| Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler | 1.88 | 5.00 | 3.67 | 0.54 |

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini belirleme ölçeğinin genel ölçek puanları ve 6 alt grubuna ait puanlar Tablo 3'te verilmiştir. İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt boyutunun ortalama puanları en yüksek (3.76 ± 0.38), istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutunun puanları ise en düşük (3.11 ± 0.45) idi (Tablo 3).

Tablo 4. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek puanlarının cinsiyete göre değerlendirilmesi (bağımsız t testi sonuçları)

| Ölçek | Cinsiyet | | P |
|--|----------------|---------------|--------|
| | Kadın n=569 | Erkek n=49 | |
| İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri | 3.78±0.38 | 3.58±0.37 | <0.001 |
| Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler | 3.71±0.39 | 3.46±0.46 | <0.001 |
| İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri | 3.71±0.59 | 3.53±0.56 | 0.039 |
| İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri | 3.37±0.45 | 3.31±0.37 | 0.386 |
| İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri | 3.12±0.45 | 3.02±0.41 | 0.135 |
| Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler | 3.69±0.54 | 3.41±0.52 | <0.001 |

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri ve çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler ölçek alt boyut puanları; kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken ($p<0.05$), istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ölçek puanları arasında cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre değerlendirilmesi (bağımsız t testi sonuçları)

| Ölçek | Çocuk sahibi olma durumu | | P |
|--|--------------------------|----------------|------------------|
| | Evet n=317 | Hayır n=301 | |
| İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri | 3.78±0.38 | 3.74±0.38 | 0.138 |
| Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler | 3.69±0.38 | 3.68±0.42 | 0.851 |
| İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri | 3.69±0.60 | 3.70±0.58 | 0.835 |
| İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri | 3.30±0.44 | 3.42±0.45 | <0.001 |
| İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri | 3.13±0.42 | 3.09±0.48 | 0.367 |
| Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler | 3.69±0.54 | 3.66±0.55 | 0.496 |

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler ölçek alt boyut puanları, çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz iken ($p>0.05$), istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk sahibi olan hemşirelerin çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre "İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri" puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek puanlarının medeni durumuna göre değerlendirilmesi (bağımsız t testi sonuçları)

| Ölçek | Medeni durum | | P |
|--|---------------|----------------|--------------|
| | Evli n=394 | Bekar n=224 | |
| İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri | 3.75±0.38 | 3.77±0.39 | 0.821 |
| Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler | 3.67±0.39 | 3.71±0.41 | 0.247 |
| İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri | 3.68±0.59 | 3.73±0.58 | 0.291 |
| İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri | 3.34±0.44 | 3.41±0.46 | 0.041 |
| İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri | 3.12±0.42 | 3.09±0.50 | 0.412 |
| Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler | 3.68±0.54 | 3.67±0.55 | 0.932 |

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler ölçek alt boyut puanları; medeni durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz iken ($p>0.05$), istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılaşma bekar hemşirelerin lehinedir. Bir başka değişle, bekar hemşirelerin evli hemşirelere göre "İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri" puan ortalamaları daha fazladır (Tablo 6).

Tablo 7. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek puanlarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi (ANOVA test sonuçları)

| Ölçek | Yaş grupları | | | | P |
|--|--------------|----------------|----------------|-------------|-------|
| | 0-24 n=80 | 25-34 n=342 | 35-44 n=181 | 45↑ n=15 | |
| İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri | 3.78±0.40 | 3.73±0.37 | 3.80±0.39 | 3.76±0.38 | 0.129 |
| Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler | 3.73±0.44 | 3.65±0.40 | 3.71±0.36 | 3.76±0.47 | 0.241 |
| İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri | 3.70±0.62 | 3.69±0.59 | 3.72±0.57 | 3.82±0.70 | 0.810 |
| İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri | 3.48±0.49 | 3.36±0.43 | 3.34±0.42 | 3.32±0.66 | 0.130 |
| İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri | 3.17±0.56 | 3.09±0.44 | 3.13±0.40 | 3.23±0.62 | 0.367 |
| Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler | 3.75±0.58 | 3.65±0.54 | 3.69±0.52 | 3.62±0.54 | 0.412 |

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek puanlarının mezun olduğu okul durumuna göre değerlendirilmesi (ANOVA test sonuçları)

| Ölçek | Mezun olduğu okul | | | | p |
|--|-------------------|------------------|-------------|---------------|-------|
| | Lisans n=550 | Önlisans n=36 | SML n=17 | Diğer n=15 | |
| İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri | 3.77±0.38 | 3.79±0.39 | 3.58±0.34 | 3.76±0.38 | 0.238 |
| Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler | 3.68±0.40 | 3.70±0.38 | 3.60±0.38 | 3.76±0.43 | 0.707 |
| İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri | 3.69±0.59 | 3.76±0.59 | 3.67±0.53 | 3.82±0.56 | 0.776 |
| İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri | 3.37±0.43 | 3.22±0.56 | 3.28±0.49 | 3.46±0.61 | 0.125 |
| İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri | 3.11±0.45 | 3.14±0.39 | 3.00±0.58 | 3.08±0.47 | 0.698 |
| Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler | 3.68±0.54 | 3.63±0.57 | 3.42±0.68 | 3.73±0.59 | 0.223 |

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek puanlarının mezun olduğu okula göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek puanlarının meslekte çalışma süresi gruplarına göre değerlendirilmesi (ANOVA test sonuçları)

| Ölçek | Mesleğinizdeki çalışma süresi | | | | p |
|--|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| | Bir yıldan az n=50 | 1-2 yıl arası n=79 | 3-5 yıl arası n=124 | 6 yıl ve üzeri n=365 | |
| İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri | 3.82±0.40 | 3.72±0.39 | 3.72±0.35 | 3.77±0.38 | 0.329 |
| Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler | 3.69±0.41 | 3.64±0.44 | 3.70±0.39 | 3.69±0.39 | 0.710 |
| İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri | 3.74±0.49 | 3.63±0.64 | 3.76±0.57 | 3.69±0.59 | 0.363 |
| İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri | 3.54±0.46 ^a | 3.38±0.44 ^{ab} | 3.36±0.44 ^{ab} | 3.34±0.44 ^b | 0.035 |
| İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri | 3.13±0.56 ^{ab} | 3.13±0.49 ^{ab} | 3.01±0.45 ^a | 3.14±0.42 ^b | 0.034 |
| Çocuk istismarı ve ihmalde ailesel özellikler | 3.74±0.58 | 3.59±0.56 | 3.68±0.52 | 3.68±0.54 | 0.525 |

* Çoklu karşılaştırma test sonucuna göre (Tukey test), alfabetik üst simgelerin farklı harflerden oluşması gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu ifade eder.

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler ölçek alt boyut puanları; meslekte çalışma süresi gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz iken ($p>0.05$), istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ölçek alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çoklu karşılaştırma test sonucuna göre istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ölçeğinde bir yıldan az çalışanların 6 yıl ve üzeri arası çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puana sahip oldukları ve diğer olası ikili karşılaştırmalarda anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Çoklu karşılaştırma test sonucuna göre İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ölçeğinde 6 yıl ve üzeri çalışanların 3-5 yıl arası çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puana sahip oldukları ve diğer olası ikili karşılaştırmalarda anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek puanlarının öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumuna göre değerlendirilmesi (bağımsız t testi sonuçları)

| Ölçek | Öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumu | | P |
|--|--|----------------|--------|
| | Evet n=359 | Hayır n=259 | |
| İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri | 3.79±0.37 | 3.72±0.39 | 0.027 |
| Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler | 3.73±0.38 | 3.62±0.41 | 0.001 |
| İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri | 3.72±0.61 | 3.67±0.57 | 0.249 |
| İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri | 3.40±0.44 | 3.32±0.45 | 0.032 |
| İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri | 3.16±0.48 | 3.06±0.39 | 0.012 |
| Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler | 3.75±0.55 | 3.57±0.52 | <0.001 |

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek puanlarının öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumuna göre karşılaştırıldığında; ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri dışındaki bütün ölçek alt boyutlarında bilgi alanların almayanlara göre daha yüksek puana sahip oldukları ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 10).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, hemşirelerin % 58.1'i öğrenimi sırasında (% 52.1'i yeterli düzeyde), % 13.3'ü mezuniyet sonrası (% 62.2'si yeterli düzeyde) çocuk istismarı hakkında bilgi aldığını belirtmişlerdir. Sağlık bilimleri fakültesindeki öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki görüşleri ve düşüncelerinin tespit edilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada; katılımcıların % 40.8'i çocuk istismar ve ihmali ile ilgili bilgi aldığı belirlenmiştir (91). Çatık ve Çam (73) yaptıkları çalışmada hemşire ve ebelerin % 47.4'ü çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma konusunda eğitim aldıklarını, Kocaer (31) tarafından yapılan çalışmada hekimler ve hemşirelerin öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili eğitim alma oranı hekimlerde % 46.6, hemşirelerde ise % 27.9 olarak belirlenmiş, ancak katılımcıların çoğu bu eğitimin yeterli olmadığını, Gölge ve ark. (38) ise katılımcıların yarıdan fazlasının öğrenimleri sırasında çocuk istismarı konusunda eğitim aldıkları (hekimlerin % 54.1'i, hemşire-ebelerin % 62.3'ü), hekimlerin % 14.7'sinin, hemşire-ebelerin % 29.7'sinin mezuniyet sonrası eğitime katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar, hemşirelik mesleğinin kazanılma sürecinde ve sonrasında çocuk istismarı ve ihmali hususunda hemşirelerin yarıdan fazlasının bilgilendiği ancak bunların sadece yarısının yeterli bilgiye sahip olduğu anlaşılmıştır. Bu oran yaygın bilgilenme ve bilinçlenmenin sağlanması açısından yetersiz bir sonuçtur. Bu bulgudan hareketle sağlık çalışanı olan kişilerde bile yeterli bilgi seviyesinin bu kadar düşük bulunmuş olması genel popülasyondaki bilgi ve bilinçlilik düzeyinin daha da düşük olacağı öngörülebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada, hemşirelerin % 25.1'i iş yaşamı süresince çocuk istismarı olgusu veya şüphesi yaşadığını, % 94.2'si çocuk istismarı olgusu veya şüphesi olduğunda bildirim yapacağını, % 97.4'ü çocuk istismarı şüphesi olan veya tanısı alan olguların izleneceği bir merkezin olması gerektiğini düşünüyordu. Gölge ve arkadaşları (38) yaptığı çalışmada, meslek hayatları boyunca hekimlerin % 43.8'inin, hemşire-ebelerin % 36.2'sinin çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaştıklarını, istismar olgusuyla karşılaşan hekimlerin % 96.4'ü, hemşire- ebelerin ise % 94.9'u adli bildirimde bulunacaklarını, böyle bir olguyla karşılaşan hekimlerin % 70.9'unun, hemşire-ebelerin % 54.3'ünün hangi prosedürlerin izlenmesi gerektiğini bilmediklerini, hekimlerin % 96.4'ü, hemşire-ebelerin % 98.6'sı bu konuya yönelik özel profesyonel merkezlerin

olması gerektiğini belirtmişlerdir. Çatık ve Çam (73) hemşire ve ebelerin % 32.8'i meslek hayatları boyunca çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaştığını, % 90.6'sı ise çocuk istismarı ve ihmali tanımlayabileceğini belirtmişlerdir. Arıkan ve ark.(12) hemşirelerin %71'inin en az bir defa çocuk istismarı ile karşılaştığını belirlemişlerdir. Bulgularımız hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma oranlarının ülkemizde başka bölgelerinde yapılmış benzer çalışma oranlarına göre bulunmuştur. Bu farklılık bölgesel değişikliklerin yanı sıra, çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin çalışma birimlerinin farklılığından da kaynaklanabilir.

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt boyutunun ortalama puanları en yüksek (3.76 ± 0.38), istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutunun puanları ise en düşük (3.11 ± 0.45) idi. Çatık ve Çam (73) yaptıkları çalışmada, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçeği oluşturan alt ölçek gruplarından en yüksek puan ortalamasını ($4,85 \pm 0,045$) istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçeğinden aldıklarını bildirmişlerdir. Uysal (7) çalışmasında hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusunda bilgi düzeyine ilişkin tüm ölçek maddelerine verdikleri yanıtların ortalamasını 3.73 ± 0.32 , hemşirelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek bilgi puanı ortalaması 3.82 ± 0.38 olarak bildirmiştir. Ölçek puan ortalaması 5'e yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3'den uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir. Çalışmamızda, hemşirelerin istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt boyutu ortalama puanları 3.76 ± 0.38 olarak bulunmuş olması fiziksel belirtiler hakkında istenen düzeyde olmasa da bilgi sahibi olduğunu göstermektedir. Ancak çocuğun cinsel istismar ya da ihmale bağlı olarak oluşabilecek psikolojik ve davranışsal belirtilerin fark edilmemiş olduğu görülmektedir. Oysa çocukluk çağında yaşanacak fiziksel istismar ve ihmalin çocuğun kişiliğinin oluşmasında önemli bir rol oynayabileceği gibi, ileride ortaya çıkması muhtemel birçok önemli ruhsal hastalığın da temellerinin atılmış olabileceği düşünülürse bunun tanınmamış olması önemli bir kayıptır.

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler ölçek alt boyut puanları; kadınlarda erkeklere göre

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken, istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ölçek puanları arasında cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gölge ve ark. (38) çalışmalarında, Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama genel ölçek ortalamasında anlamlı bir farklılık bulmazken, İstismarın çocuktaki belirtileri” ve “ İhmalin çocuktaki belirtileri” alt ölçek puanlarının kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bulmuşlardır. Çocuk istismarına hekimlerin yaklaşımı ile ilgili bir çalışmada istismar tanısı koyduğunu belirten kadın hekimlerin oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (92). Çocuk istismarı ve ihmali ile alakalı olarak gerek tanıma gerekse yatkınlık belirtilerinin fark edilme oranlarının kadınlarda daha yüksek olması, kadınların anne ya da anne adayı olma durumundan kaynaklanan duyarlılık ile ilişkili olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmada, çocuk sahibi olan hemşirelerin çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre "İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri" puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik yapılan bir çalışmada hem hekimlerin hem de hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ortalama ölçek puanı çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bildirilmektedir (31). Çocuğu olanların çocuğu olmayanlara göre çocuklar hususundaki duyarlılıklarının daha fazla olması ve dolayısıyla istismar ve ihmale yatkınlıklarının daha az olması beklenecek bir durumdur.

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler ölçek alt boyut puanları; medeni durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz iken ($p>0.05$), istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çatık ve Çam (73) hemşire ve ebelerin medeni durumları ile çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarına göre anlamlı bir fark bulmadıklarını bildirmişlerdir. Çalışmada bekar hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ölçek puanları daha yüksektir. Bu sonuç paradoks bir durum gibi görülmektedir. Zira anne olanların ya da anne adayı olanların daha güçlü bir empatik yaklaşıma sahip olmaları ve daha güçlü koruyuculuk bakışı sergilemeleri beklenir idi.

Çalışmada, hemşirelerin yaş gruplarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlarını etkilemediği saptanmıştır. Uysal (7) çalışmasında hemşirelerin yaş gruplarına göre bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, 38 yaş ve üzeri yaş grubunda bulunan ebelerin bilgi puan ortalamalarının, 18-27 ve 28-37 yaş grubunda bulunan ebelerin bilgi puan ortalamalarından daha düşük olduğunu saptamıştır. Çalışmamızda yaşa göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlarını açısından hem mezuniyet öncesinde ve/veya mezuniyet sonrasında kazanılan bilgilerin ve bilinçlilik düzeyinin artmadığını ancak eksilmediğini de ortaya koymaktadır.

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler ölçek alt boyut puanları, çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz iken ($p>0.05$), istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Uysal (7) çalışmasında, hemşirelerin çocuk sayılarına göre bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, ebelerin 2 veya daha fazla çocuk sahibi olan ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları bir çocuğu olan ebelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ailedeki çocuk sayısı ile istismar ve ihmal arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada tek çocuklu ailelerde istismar oranının düşük olduğu (% 24.7), çocuk sayısı arttıkça istismar olaylarının arttığı, bu oranın 4'ten fazla çocuğa sahip olan ailelerde % 35.7'ye yükseldiği bildirilmiştir (92). Bu çalışmada çocuk sahibi olmayan hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuk sahibi olanların çocuk özelemlerinin tatmin edilmiş olması, çocukları hakkında daha kanıksanmış algılama ve yaklaşımlar olması diğer taraftan henüz çocuk sahibi olmamış bireylerin ise fazlaca çocuk özlemi ve duyarlılığı gösterdikleri düşünülebilir. Ancak çocuk sahibi olanların da daha çok empati yapmaları da beklenebilecek bir sonuçtur.

Hemşire mezun oldukları okulların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlarını etkilemediği saptanmıştır. Arıkan ve ark. (12) çalışmalarında, lisans mezunu hemşirelerin, sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu hemşirelere oranla

fiziksel istismar belirtilerini daha iyi bildikleri ancak bu bilme düzeyine hemşirelerin çalışma yılı, yaş, medeni durum ve çocuk sahibi olmalarının etkili olmadığı bildirmişlerdir. Hemşirelerin mezun oldukları okulların sonuçları etkilemediği dikkate alınrsa sağlık eğitimi verilen okulların her düzeyinde temel bir bilgi seviyesi ve bilinçlenmenin kazandırıldığı anlaşılmaktadır.

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler ölçek alt boyut puanları; meslekte çalışma süresine göre karşılaştırıldığında; istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ölçek alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çoklu karşılaştırma test sonucuna göre istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ölçeğinde bir yıldan az çalışanların 6 yıl ve üzeri arası çalışanlara göre, İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçeğinde 6 yıl ve üzeri çalışanların 3-5 yıl arası çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Gölge ve ark.(38) çalışmasında, katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği puanlarını, çalışma sürelerine ve karşılaştıkları çocuk istismarı olgusuna göre değerlendirdiklerinde, gerek ölçeğin toplam puan ortalamaları, gerekse alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulmadıklarını bildirmişlerdir. Çatık ve Çam (73) çalışmasında ise, hemşire ve ebelerin, meslekteki çalışma yıllarına göre, çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşire ve ebe grubunda bilgi puan ortalaması, 6-10 yıl ve 11 yıl üstündeki gruba göre daha yüksek olduğunu ancak bu farklılığın anlamlı olmadığını, Uysal'ın (7) ise hemşire ve ebelerin çalışma yılları ile istismar ve ihmal nedenlerini bilme düzeyleri arasında anlamlı fark bulmadıklarını bildirmişlerdir. Çalışma sonuçları, mesleki tecrübenin artmasına paralel olarak bilgi seviyesinin ve duyarlılığın arttığını göstermektedir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek puanlarının öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumuna göre karşılaştırıldığında; ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri dışındaki bütün ölçek alt boyutlarında bilgi alanların almayanlara göre daha yüksek puana sahip

oldukları ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gölge ve ark. (38) çalışmalarında, öğrenimleri sırasında bu konuyla ilgili eğitim aldıklarını belirtenlerin “İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri” alt ölçeği puanları, mezuniyet sonrası eğitime katılanların “İhmalin çocuktaki belirtileri” ve “Çocuk istismar ve ihmali ailesel özellikler” alt ölçek puanlarını, mezuniyet sonrası seminer/konferanslara katılanların ise ölçek toplam puanı ile “İstismarın çocuktaki davranışsal belirtileri” ve “Çocuk istismar ve ihmali ailesel özellikler” alt ölçek puanlarını, katılmayanlara göre daha yüksek bulduklarını belirtmişlerdir. Çatık ve Çam (73) çalışmalarında, hemşire ve ebelerin okul öğrenimleri sırasında, çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almalarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda Hemşirelerin öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda kazandıkları donanımın istismar ve ihmale uğramış çocukların fiziksel belirtileri ve ailevi özellikleri hususunda kazandıkları beceriyi, çocukların duygusal ve davranışsal belirtilerini tanımada gösteremediklerini ortaya koymaktadır. Bu sonuç konu ile ilgili eğitim sürecinin gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin tanılanmasına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada sonuç olarak;

Hemşirelerin % 58.1'i öğrenimi sırasında % 13.3'ü mezuniyet sonrası (% 62.2'si yeterli düzeyde) çocuk istismarı hakkında bilgi aldığını, hemşirelerin % 25.1'i iş yaşamınız süresince çocuk istismarı olgusu veya şüphesi yaşadığını, % 94.2'si çocuk istismarı olgusu veya şüphesi olduğunda bildirim yapacağını, % 97.4'ü çocuk istismarı şüphesi olan veya tanısı alan olguların bir merkezi olması gerektiğini düşünmektedir.

Hemşirelerin istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt boyutunun ortalama puanları en yüksek (3.76 ± 0.38), istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutunun puanları ise en düşük (3.11 ± 0.45) olduğu tespit edilmiştir.

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler ölçek alt boyut puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ölçek alt boyut puanları çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırıldığında çocuk sahibi olan hemşirelerin alt boyut puanları çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ölçek alt boyut puanları medeni durumuna göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olduğu; bekar hemşirelerin alt boyut puanlarının evli hemşirelere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek puanları yaş grupları ve mezun olduğu okula göre karşılaştırıldığında bütün ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir.

Çoklu karşılaştırma test sonucuna göre istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri ölçeğinde bir yıldan az çalışanların 6 yıl ve üzeri arası çalışanlara göre, İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçeğinde 6 yıl ve üzeri çalışanların

3-5 yıl arası çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek puanlarının öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumuna göre karşılaştırıldığında; ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri dışındaki bütün ölçek alt boyutlarında bilgi alanların puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin mesleki eğitim politikaları yeniden gözden geçirilebilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili düzenli periyotlarda hizmet içi eğitim faaliyetleri düzenlenebilir.
- Toplumsal eğitim programları yapılabilir.
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında çocuk istismarı ve ihmalinin bildirilmesi amacıyla bir raporlama sistemi geliştirilebilir.
- Çocuk istismarı ve ihmalinin farkındalığını artırıcı ve ihmal ve istismar olgularının önlenmesi amacıyla sivil toplum kuruluşları, meslek örgütleri ve medyayla ortak faaliyetlerde bulunularak işbirliği sağlanabilir.
- Üniversiteler ve Bakanlıkların (Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Adalet Bakanlığı vb.) desteği ve işbirliğiyle konferans, seminerler düzenlenebilir ve medya üzerinden kamu spotu, haber, programlar düzenlenerek farkındalık oluşturulabilir.
- Bu konuda yeni araştırmaların yapılması çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili farkındalık oluşturacağı ve bu durumu önlemeye yönelik katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ayrıca sağlık çalışanlarında bile hemen bütün alanlarda bilgi birikimi ve bilinçliliğin yeterli olmadığı gözönüne alınırsa genelde sağlık çalışanı olmayan diğer fertlerin özelde de anne babaların bilgi birikimleri ve bilinçlilik düzeylerinin daha da düşük olabileceği öngörülebilir.

KAYNAKÇA

1. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. “Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; İstismar”, *Van Tıp Dergisi*, 2010, 17(3): 108-113.
2. *Çocuk İhmali ve İstismarını Önleme Öğretmenler ve Aileler İçin Eğitim Kılavuzu*, İnsan Hakları Derneği, Berkay Ofset, Ankara, 2008.
3. Başbakkal Z, Baysal L. “Çocuk istismarı ve ihmali konusuna ilişkin polislerin bilgi düzeylerinin incelenmesi”, *Çocuk Forumu Dergisi*, 2004, 21(2): 65-70.
4. Kavaklı A. “Hırpalanmış çocuk sendromu olgularında hemşirenin aileye ve çocuğa yaklaşımı”, *Hemşirelik Bülteni*, 1986, 2(6): 43-47.
5. Sedlak AJ, Broadhurst DD. “Executive summary, in the third national incidence study of child abuse and neglect”, Washington DC, *National Center on Child Abuse and Neglect*, 1996.
6. Kendall-Tackett K. “The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health”, *Child Abuse and Neglect*, 2002, 26: 715-729.
7. Uysal A. *Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanması (Tez)*. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 1998.
8. Tanner K, Turney D. “What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its application to social work practice”, *Child and Family Social Work*, 2003, 8: 25-34.
9. Mueller E, Silverman N. “Peer relations in maltreated children”, Cicchetti D. & Carlson V. (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge University Press, New York, 1989: 529-578.
10. Germain R, Sandoval J. “Child maltreatment”. In J. Sandoval (Ed.), *Handbook of crisis counseling intervention and prevention in the schools*, New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Inc. 2002: 137-161.
11. Yaşar ZF, Akduman GG. “Çocuk ihmali-istismarı ve adli diş hekimliği”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6(5): 389-394.
12. Arıkan D, Yaman S, Çelebioğlu A. “Çocuk istismarı ve ihmali konusunda hemşirelerin bilgileri”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 3(2): 29-35.
13. Polat O. *Klinik Adli Tıp, Adli Tıp Uygulamaları, Çocuk İstismarı*, 7. Bölüm. Seçkin Yayınları, Sözkese Matbaası, Ankara, 2006: 129-176.

14. Collins KA, Nichols CA. "A decade of pediatric homicide, a retrospective study at the medical university of south caroline", *The Am J of Forensic Med and Pathol*, 1999, 20(2): 169-172.
15. Yolga Tahiroğlu A, Bahalı K, Avcı A, Seydaoğlu G, Uzel M. "Ailedeki disiplin yöntemleri, demografik özellikler ve çocuklardaki davranış sorunları arasındaki ilişki", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2009, 16(2): 67-82.
16. Dokgöz H, Tırtıl L. "Çocuklarda fiziksel istismar: Olgu sunumu", *Çocuk Forumu Dergisi*, 2005, 8(1): 37-41.
17. Ayvaz M, Aksoy MC. "Çocuk istismar ve ihmali: Ortopedik yönleri", *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004, 35(2): 27-33.
18. Yeni B. *İstanbul çocuk mahkemelerinde yargılanan çocuklarda sürekli öfke-öfke ifade tarzları ile istismar yaşantıları arasındaki ilişki* (Tez). İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2010.
19. Shaunesy K, Cohen J L . Plummer B, Berman A. "Suicidally in hospitalized adolescents: relationship to prior abuse", *Am J Orthopsychiatry*, 1993, 63(1): 113-9.
20. Polat O. *Çocuk ve Şiddet*, 1. Baskı, İstanbul, Der Yayınevi, 2001: 151-257.
21. Yolga Tahiroğlu A, Avcı A, Çekin N. "Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 9: 1-7.
22. Aktaş E. *Çocuklardaki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü'nün, anne babaların duygusal istismar farkındalığı, istismar potansiyeli ve çocukların kabul/red algısı ile ilişkisi* (Tez). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi; 2011.
23. Özçelik Z, Biçer Ü. *Türk Ceza Kanunu Hekimler ve Sağlık Ortamına İlişkin Maddeleri Yorum, Öneri ve Eleştiriler*, 1. Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2005: 89- 91.
24. Polat O. "Türkiye'de çocuk haklarının durumu", *Toplum ve Demokrasi*, 2008, 2(2): 149-157.
25. Polat O. *Çocukta Dayığa Hayır*, Analiz Yayınları, İstanbul, 1997.
26. Küpeli S, Kanbur N, Derman O. "Çocuk istismarı: bir olgu sunumu", *Sted*, 2003, 12(4): 129-130.
27. Hancı İH. *Adli Tıp ve Adli Bilimler*, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2002: 263-284.

28. Akçay Ş. *İstanbul üniversitesine bağlı tıp fakültelerinde çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalları ile travma ve acil cerrahi birimlerinde görev yapan son dönem tıpta uzmanlık öğrencilerinin çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi, deneyim ve davranışlarını belirleme araştırması* (Tez). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi; 2008.
29. Sarıbaş AK. *Okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının belirlenmesi* (Tez). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2013.
30. Wallace RF. "Family violence", *A Viacom Comp.* New York, 1999: 37-125.
31. Kocaer Ü. *Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri* (Tez). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2006.
32. Koç F, Aksit S, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Korkmaz Çetin S, Aslan A, Halıcıoğlu O, Erşahin Y, Turhan T, Çelik A, Şenol E, Kara S, Solak U. "Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi", *Türk Ped Arş*, 2012, 47: 119-124.
33. Bulut I. *Genç Anne ve Çocuk İstismarı*, Bizim Büro, Ankara, 1996.
34. Aksel Ş, Yılmaz Irmak T. "Review of child abuse and neglect literature in Turkey", Xth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect, 11-14 September 2005, Berlin, Germany, 2005.
35. Yıldırım A. *Sıradan Şiddet: Kadına ve Çocuğa Yönelik Şiddetin Toplumsal Kaynakları*, Boyut Yayıncılık, İstanbul, 1998.
36. Görak G, Bahçecik N, Yıldız S, Gülçiçek S. "Üniversite öğrencilerinin çocukluk dönemlerinde karşılaştıkları çeşitli cinsel istismarlar (Experiences of childs exualabuse of university students)", *1. İstanbul Çocuk Kurultayı Araştırmalar Kitabı*, İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları, İstanbul, 2000: 411-424.
37. Pelendecioğlu B, Bulut S. "Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar", *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*, 2009, 9(1): 50-61.
38. Gölge ZB, Hamzaoglu N, Türk B. "Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi", *Adli Tıp Dergisi*, 2012, 26(2): 86-96.
39. Can M, Tırtıl L, Dokgöz H. "Çocuk istismarı olgularında hekim sorumluluğu", *Klinik Gelişim*, 2009, 22: 89-94.
40. Polat O. *Klinik Adli Tıp*, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2004: 85-131.

41. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. “Çocuk istismarı”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2004, 47: 140-151.
42. Kaya A. *Çocuğa yönelik şiddette; Çocuk, ebeveyn ve eğitimcilerin algı farklılıklarının değerlendirilmesi*, (Tez), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010.
43. Giardino AP, Christian CW, Giardino ER. “A practical guide to the evaluation of child physical abuse and neglect”, *Sage Pub*, London, 1997: 23-211.
44. Vatandaş N. “Fiziksel İstismar”, *Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım İçinde*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2006: 13-18.
45. Yalçın SS. “İstismara bağlı kafa travması: Bilimsel yayınlarda yeri”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2011, 54: 227-230.
46. Yağmur F, Asil H, Canpolat M, Per H, Coşkun A. “Kısa mesafeli düşme ve sarsılmış bebek sendromu”, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30(2): 766-771.
47. Polat O. “Munchausen sendromu”, *T Klin Tıbbi Etik*, 1996, 4: 61-62.
48. Razi CH, Köse G, Erdem AY. “Bir munchausen olgusu”, *Türkiye Klinikleri J Pediatr*, 2004, 13: 163-167.
49. Yorgancılar E, Demir B, Ak S, Topçu İ, Sennaroğlu L. “Two otolaryngologic cases of munchausen’s syndrome”, *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 2012, 32(4): 1179-1182.
50. Polat N, Okbay N. “Çocuk ve anne baba davranışları ile istismar arasındaki ilişki”, *Çocuk Forumu Dergisi*, 2002, 4: 14-21.
51. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. “Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years, Part 1: Physical and emotional abuse and neglect”, *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1999, 38: 1214-1222.
52. Yücel Beyaztaş F, Çelik M, Bütün C. “Çocuk istismarı tanısında görüntüleme yöntemleri”, *Adli Tıp Bülteni*, 2011, 16(1): 25-31.
53. Runyan D, Corrine W, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. “Child abuse and neglect by parents and other caregivers”, Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA.(eds), *World Report on Violence and Health*. World Health Organization, Geneva, 2002: 57-86.
54. Paavilainen E, Tarkka MT. “Definition and identification of child abuse by finnish public health nurses”, *Public Health Nurs*, 2003, 20: 49-55.
55. Gökler R. "Eğitimde çocuk istismarı ve ihmaline genel bir bakış", *TSA*, 2006, 10(3): 47-76.

56. İşeri E. “Duygusal İstismar”, *Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım İçinde*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2006: 31-33.
57. Faller KC. “Child sexual abuse: An interdisciplinary manual for diagnosis, case management and treatment”, *Mac Millan Edu*, 1988: 244-320.
58. Rutter M, Taylor E, Hersov L. Child and adolescent psychiatry; Modern approaches, 3rd Ed. Black Well Science Ltd, 1994: 230-252.
59. Demirel B. “Cinsel İstismar”, *Çocuk İstismar ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım İçinde*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2006: 19-31.
60. Back S, Lips HM. “Child sexual abuse: Victim age, victim gender and observer gender as factors contributing to attributions of responsibility”, *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22(12): 1239-1252.
61. Gorey KM, Leslie DR. “The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases”, *Child Abuse Neglect*, 1997, 21(4): 391-398.
62. Walrath C, Ybarra M, Holden EW, Liao Q, Santiago R, Leaf P. “Children with reported histories of sexual abuse: Utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles”, *Child Abuse Negl*, 2003, 27(5): 509-524.
63. Pizarro RA, Billick SB. “Current issues in child abuse”, *Curr Opin Pediatr*, 1999, 12: 665- 668.
64. Green A. “Child sexual abuse and incest”, Lewis M, (ed.) *Child Abuse and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*, 2 nd ed. Baltimore, MA: William & Wilkins, 1996: 1041-1048.
65. Fleming J. “Childhood sexual abuse: An update”, *Curr Opin Obstet Gynecol*, 1998, 10: 383-386.
66. Erdoğan A. "Pedofili: klinik özellikleri, nedenleri ve tedavisi", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, 2(2): 132-160.
67. Hoşoğlu R. *Engelli Öğrencilerin İhmal ve İstismar Düzeyleri* (Tez). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2009.
68. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. “Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2(4):13-22.
69. Yiğit R. “Çocukların cinsel istismarı ve ensest”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005, 8(3): 90-100.

70. Elliott AJ, Peterson LW. "Maternal sexual abuse of male children. When to suspect and how to uncover it", *Postgrad Med*, 1993, 94(1): 169-172.
71. Pelcovitz D, Kaplan S, Goldenberg B, Mandel F, Lehane J, Guarrera J. "Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents", *J Am Acad Child & Adolesc Psychiatry*, 1994, 33: 305-312.
72. Livingston R. "Sexually and physically abused children", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1987, 26(3): 413-415.
73. Çatık AE, Çam O. "Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma düzeylerinin saptanması", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2006, 22(2): 103-119.
74. Yıldız Ö. "Çalışan çocuklar: 'Sorun' mu? 'Çözüm' mü?", *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2007, 6(2):134-143.
75. Çamurdan Duyan A. *Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım*, Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği, Birinci Baskı, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2006: 35-46.
76. Nasıroğlu S. "Çocuk istismarında rehabilitasyon ve tedavi merkezleri", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, 6(1):67-78
77. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. "Birinci basamakta Çocuk istismarı ve önlenmesi", *Sted*, 2006, 15(9): 153.
78. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982). https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2016 Erişim: 26 Kasım 2016.
79. Türk Ceza Kanunu (2004). <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> Erişim: 26 Kasım 2016.
80. Türk Medeni Kanunu (2001). <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html> Erişim: 26 Kasım 2016.
81. 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu (2005).
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf> Erişim: 26 Kasım 2016.
82. 4857 sayılı İş Kanunu (2003).
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf> Erişim: 26 Kasım 2016.
83. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu. 137-160. <https://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/20512--Cocuk-Haklarina-Dair-Sozlesme.pdf>. Erişim: 26 Kasım 2016.

84. Kepenekçi YK. "Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali", *Katkı Pediatri Dergisi*, 2001, 22(3): 263-275.
85. Çocuk Hakları Sözleşmesi. https://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html Erişim: 26 Kasım 2016.
86. Özgentürk İ. "Çocuk istismarı ve ihmali", *International Journal of Human Sciences*, 2014, 11(2): 265-278.
87. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. "Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi", *Çukurova Üniversitesi Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2013, 22(4): 591-614.
88. Akköz Çevik S, Başer M. "Adli hemşirelik ve çalışma alanları", *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 21(2): 143-152.
89. Özden D, Yıldırım N. "Adli vakaya hemşirelerin yaklaşımı", *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bil Fak Hemşirelik Dergisi*, 2009, 73-81.
90. Gökdoğan MR, Altunçul H. "Adli hemşirelik: Kapsam ve görevi", *Hemşirelik Forumu*, 2002, 5(5): 16-21.
91. Akgün Kostak M, Vatansever C. "Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin çocuk istismar ve ihmali ile ilgili görüş ve düşünceleri", *HSP*, 2015, 2(1): 1-11.
92. Bilir Ş, Arı M, Dönmez N, Güneysu S. "4-12 yaşları arasında 16100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme", *Çocuk İstismarı ve İhmali, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi, Gözde Repro Ofset, Ankara, 1991: 45-53.*

EKLER

EK- 1.

ANKET FORMU

Değerli Katılımcı;

Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı hakkında görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmaya yönelik dolduracağınız ankette kimliğini ortaya çıkartacak sorular bulunmamaktadır.

Vereceğiniz yanıtlar bireysel olarak değil diğer yanıtlar ile birlikte değerlendirilecek ve araştırmacı haricinde kimse tarafından bilinmeyecektir. Önemli olan şahsi düşüncelerinizdir.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Hemşire

Eylem ÖZCAN

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Cinsiyetiniz 1. Kadın() 2. Erkek()

2-Yaşınız.....

3-Medeni durumunuz 1. Evli() 2. Bekar() 3. Diğer()

4-Çocuğunuz var mı? 1.Evet() 2. Hayır()

5-Mezun olduğunuz okul;

1. Sağlık meslek lisesi () 2. Lisans () 3. Ön lisans () 4. Diğer()

6-Çalıştığınız birim;

1. Pediatri Klinik () 2. Erişkin Klinik ()
3. Pediatri Acil () 4. Pediatri Poliklinik ()
5. Erişkin Poliklinik () 6. Erişkin Acil ()
7. Pediatri Yoğun Bakım () 8. Erişkin Yoğun Bakım ()

7-Mesleğinizdeki çalışma süreniz;

1. 1 yıldan az () 2. 1-2 yıl () 3. 3-5 yıl ()
4. 6 yıl ve üzeri ()

8-Öğreniminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldınız mı?

1. Evet() 2. Hayır()

9-Yanıtınız evet ise yeterli miydi?

1. Evet() 2. Hayır()

10-Mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bir eğitim aldınız mı?

1. Evet() 2. Hayır()

11- Yanıtınız evet ise yeterli miydi?

1. Evet() 2. Hayır()

12-İş yaşamınız süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesiyle karşılaştınız mı?

1. Evet() 2. Hayır()

13- İş yaşamınız süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesiyle karşılaştınız ise hangi aşamalarda zorlandınız veya yetersiz kaldınız?

1. Öykü alma ()
2. Fizik muayene ()
3. Kayıt()
4. İlgili Kurumlara Rapor etme/Yasal Süreç()

EK-2.

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

Çocuk istismar ve ihmali konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine X işareti koyunuz.
Ankete katıldığımız için teşekkür ederiz



| | | Çok doğru | Oldukça doğru | Kararsızım | Pek doğru değil | Hiç doğru değil |
|----|--|-----------|---------------|------------|-----------------|-----------------|
| 1 | Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz(morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir. | | | | | |
| 2 | Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür. | | | | | |
| 3 | Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz. | | | | | |
| 4 | Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir. | | | | | |
| 5 | Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbük bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür. | | | | | |
| 6 | Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır. | | | | | |
| 7 | Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir. | | | | | |
| 8 | Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir. | | | | | |
| 9 | Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir. | | | | | |
| 10 | Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distalfemur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz. | | | | | |
| 11 | Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür. | | | | | |
| 12 | İntrakranial(kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez. | | | | | |
| 13 | Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir. | | | | | |
| 14 | Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir. | | | | | |
| 15 | Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir. | | | | | |
| 16 | Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz. | | | | | |
| 17 | Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasımtı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir. | | | | | |

| | | Çok doğru | Oldukça doğru | Kararsızım | Pek doğru değil | Hiç doğru değil |
|----|---|-----------|---------------|------------|-----------------|-----------------|
| 18 | Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir. | | | | | |
| 19 | Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir. | | | | | |
| 20 | Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır. | | | | | |
| 21 | Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir. | | | | | |
| 22 | Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir. | | | | | |
| 23 | Asıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir. | | | | | |
| 24 | Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir. | | | | | |
| 25 | Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir. | | | | | |
| 26 | Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir. | | | | | |
| 27 | Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir. | | | | | |
| 28 | İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir. | | | | | |
| 29 | İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiper aktif davranışlar gösterebilirler. | | | | | |
| 30 | İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez. | | | | | |
| 31 | İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler. | | | | | |
| 32 | İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı asırı tepkilidirler. | | | | | |
| 33 | Tuvalet eğitimini tamamlamış olan Çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir. | | | | | |
| 34 | İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar. | | | | | |
| 35 | İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir. | | | | | |
| 36 | İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler. | | | | | |
| 37 | İstismar ve İhmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar. | | | | | |
| 38 | İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır. | | | | | |
| 39 | İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır. | | | | | |
| 40 | İstismar ve İhmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler. | | | | | |
| 41 | Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır. | | | | | |
| 42 | Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar. | | | | | |

| | | Çok doğru | Oldukça doğru | Kararsız m | Pek doğru değil | Hiç doğru değil |
|----|---|-----------|---------------|------------|-----------------|-----------------|
| 43 | Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler. | | | | | |
| 44 | Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir. | | | | | |
| 45 | Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması Çocuğunu istismar etmesine yol açar. | | | | | |
| 46 | Anne yasının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur. | | | | | |
| 47 | Ebeveynin sosyal destek kaybı yasaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar. | | | | | |
| 48 | Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir. | | | | | |
| 49 | Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması Çocuğunu istismar ve ihmali etmesini etkilemez. | | | | | |
| 50 | Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmali ederler. | | | | | |
| 51 | Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır. | | | | | |
| 52 | Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur. | | | | | |
| 53 | Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir. | | | | | |
| 54 | Fiziksel ve mental özürli bebeklerin istismar ve ihmali uğrama olasılığı daha azdır. | | | | | |
| 55 | Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması Çocuğunu istismar ve ihmali etmesini etkiler. | | | | | |
| 56 | Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmali uğramasını etkilemez. | | | | | |
| 57 | Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmeline yol açan bir faktördür. | | | | | |
| 58 | Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkidir. | | | | | |
| 59 | Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir. | | | | | |
| 60 | Doğumlar arası sürenin kısa olması Çocuğun istismar ve ihmali uğramasını etkileyen bir faktördür. | | | | | |
| 61 | Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir. | | | | | |
| 62 | Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir. | | | | | |
| 63 | Çocuk istismar ve ihmeline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz. | | | | | |
| 64 | Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar. | | | | | |
| 65 | Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkidir. | | | | | |
| 66 | Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir. | | | | | |
| 67 | Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir. | | | | | |

EK-3.

ARAŞTIRMA İÇİN GEREKLİ İZİN BELGESİ

 **T.C.**
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 

Sayı : 78368814-903.06.03/ 18104.3.013
Konu: Anket Çalışması

Sayın Eylem DUMAN (Sicil No:3727)
Supervisor - Başhemşirelik

İlgi: 17.04/2013 tarihli ve 2989 sayılı dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz değerlendirilmiş olup, "Üniversite Hastanesi Hemşirelerinin Çocuk İstismarı ve İbnali Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları" konulu tez çalışmanız kapsamında, hemşirelerin çocuk istismarı hakkında görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla uygulamayı planladığınız anket çalışmanızın, 20 Mayıs - 20 Haziran 2013 tarihleri arasında hastanelerimizde yapmanız uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Nûdret DOĞRU
Başhekim
Merkez Müdürü

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, 38039 - KAYSERİ
Tel: (0352) 437 49 01 e-mail: ertu@erciyes.edu.tr

EK.4. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

| | | | |
|-----------|-------------------------|-----------|-------------|
| Adı | Eylem | Soyadı | ÖZCAN |
| Doğ. Yeri | Mazgirt | Doğ. Tar. | 20.05.1979 |
| Uyruğu | T.C. | Tel | 05054843177 |
| Email | eyman.23@hotmail.com.tr | | |

Eğitim Düzeyi

| | Mezun Old. Kurum | Mezuniyet Yılı |
|-----------|--------------------------------------|----------------|
| Doktora | | |
| Yüks.Lis. | | |
| Lisans | D. Ü. Atatürk S.Y.O. (Hemşirelik) | 2001 |
| Lise | Elazığ Lisesi | 1995 |

İş Deneyimi

| Görevi | | Kurum | | Süre (Yıl-Yıl) | |
|--------------------|-----------------------|---|---------|--------------------------|------------------|
| Hemşire | | Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi | | 2002- Halen | |
| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama * | Konuşma * | Yazma * | KPDS/ÜDS YDS PUANI | (Diğer) Puanı |
| İngilizce | Orta | Orta | Orta | | |